

Nachname		Geburtsdatum		Befundkopie
Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M		
Strasse, Nr.		Telefon		
PLZ	Ort			
Name der Versicherung		Versicherungsnummer		
Rechnung an <input type="checkbox"/> Kasse / Patient <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Andere: _____				

Angaben zur Probe

Abnahmedatum: _____ . _____ . _____

EDTA-Blut

DNA, extrahiert aus: _____

Sonstiges Material: _____

Angaben zur untersuchten Person

Empfänger einer Knochenmarktransplantation

Autolog

Allogen

Sonstiges: _____

Diagnose / Klinische Angaben / Familienanamnese

Erklärung zur Kostenübernahme

Ich bestätige, dass ich von der Ärztin / dem Arzt über die geplante Laboruntersuchung, sowie deren Kosten informiert wurde. Ich erkläre mich einverstanden, den Test / die Tests durchführen zu lassen und die Kosten, bei fehlender Kostenübernahme der Krankenkasse, selbst zu bezahlen.

Test erst durchführen, wenn dem Labor eine Kostengutsprache vorliegt.
Sollte nach 6 Monaten keine Untersuchung zustande kommen, werden der Patientin / dem Patienten die notwendigen Vorbereitungskosten des Probenmaterials in Rechnung gestellt (CHF 76.50).

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient

Ich bestätige, dass dem Laborauftrag eine von der Patientin / dem Patienten unterschriebene Einverständniserklärung, gemäss Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG), beigelegt wird. **Ohne diese Erklärung werden keine genetischen Analysen durchgeführt.**

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin / Arzt

Wird vom Labor ausgefüllt Datum: . . Zeit: : Visum:

Ophthalmologie / Oto-Rhino-Laryngologie

Augenerkrankungen

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Anlagestörungen
(Anophthalmie, Mikrophthalmie, Kolobom) | 11-100 Gene |
| <input type="checkbox"/> Glaukom | 11-100 Gene |
| <input type="checkbox"/> Katarakt | > 100 Gene |
| <input type="checkbox"/> Korneadystrophie | 11-100 Gene |
| <input type="checkbox"/> Retinitis pigmentosa | 11-100 Gene |
| <input type="checkbox"/> Retinopathie
(inkl. Retinitis pigmentosa, Bardet-Biedl- und Usher-Syndrom) | > 100 Gene |
| <input type="checkbox"/> Makuladegeneration | 11-100 Gene |
| <input type="checkbox"/> Optikusatrophie | 11-100 Gene |
| <input type="checkbox"/> Nystagmus | 11-100 Gene |
| <input type="checkbox"/> Okulärer / okulokutaner Albinismus | 11-100 Gene |

Schwerhörigkeit

- | | |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Sensorineurale Schwerhörigkeit (Connexin)
<i>GJB2, GJB6</i> | 1-10 Gene |
| <input type="checkbox"/> Periphere Schwerhörigkeit | 11-100 Gene |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit – Gesamtpanel | > 100 Gene |

Bindegewebserkrankungen

- | | |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Stickler-Syndrom | 1-10 Gene |
| <input type="checkbox"/> Linsenluxation (Ectopia lentis) | 1-10 Gene |
| <input type="checkbox"/> Bindegewebserkrankungen – Gesamtpanel
(inkl. Stickler-Syndrom und Linsenluxation) | 11-100 Gene |

Weitere Erkrankungen

- | | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Hereditäre hämorrhagische Teleangiectasie (HHT, Morbus Osler) | 1-10 Gene |
| <input type="checkbox"/> Usher-Syndrom | 1-10 Gene |

Custom-Panel

Bekannte familiäre Mutation

Bitte Berichtskopie beilegen

Genname: _____

Mutationsbeschreibung: _____

Weitere Analysen: labor.genetica.ch/analysen

Gen-Panels mit mehr als 10 Genen dürfen gemäss regulatorischen Bestimmungen (Analysenliste) nur durch Ärztinnen / Ärzte mit eidgenössischem Weiterbildungstitel (FMH) Medizinische Genetik verordnet werden. Bei Bedarf unterstützt Sie unsere genetische Beratungsstelle gerne.
Telefonische Auskünfte und Anmeldungen: 044 250 50 30