

|                                                                                                                                                                                     |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                             |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <br>Humangenetisches Labor<br>Medizinisch Genetische Beratung                                        |                                                                                    | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">8</div><br><b>Genetica AG</b><br>Bändliweg 30   CH-8048 Zürich<br>Tel 044 250 50 30   labor@genetica.ch | <b>Ophthalmologie /<br/>Oto-Rhino-Laryngologie</b>                                          |             |
| Nachname <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>                                                                                             |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                           | Geburtsdatum <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> |             |
| Vorname <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>                                                                                              |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                           | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M                         |             |
| Strasse, Nr. <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>                                                                                         |                                                                                    | Telefon <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                    |                                                                                             | Befundkopie |
| PLZ <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>                                                                                                  | Ort <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                             |             |
| Name der Versicherung <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>                                                                                |                                                                                    | Versicherungsnummer <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                        |                                                                                             |             |
| Rechnung an<br><input type="checkbox"/> Kasse / Patientin / 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<br>(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<br>(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)<br><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<br>(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](https://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**