

3 Genetica[®] Humangenetisches Labor Medizinisch Genetische Beratung		Genetica AG Bändliweg 30 CH-8048 Zürich Tel 044 250 50 30 labor@genetica.ch		Gastroenterologie	
Nachname			Geburtsdatum		
Vorname			Geschlecht ☐ W ☐ M		
Strasse, Nr.		Telefon		Befundkopie	
PLZ	Ort				
Name der Versicherung		Versicherungsnummer			
Rechnung an ☐ Kasse / Patientin / Patient ☐ Selbstzahler ☐ Einsender ☐ 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:

Gastroenterologie

Darm

- ☐ Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (inkl. infantile Enterokolitis) 11–100 Gene
- ☐ Kongenitale Diarrhoe 11–100 Gene
- ☐ Morbus Hirschsprung 1–10 Gene
- ☐ Gastrointestinale Motilitätsstörung (inkl. viszerale Myopathie) 11–100 Gene
- ☐ Zöliakie
HLA-DQ2.5, HLA-DQ2.2, HLA-DQ8

Bauchspeicheldrüse

- ☐ Cystische Fibrose (CF)
- ☐ CFTR (50 häufige Varianten)
 - ☐ CFTR (Komplettanalyse) 1–10 Gene
- ☐ Pankreatitis 1–10 Gene

Leber

- ☐ Alagille-Syndrom 1–10 Gene
- ☐ Alpha-1-Antitrypsin-Mangel
- ☐ SERPINA1 (Pi*S / Pi*Z)
 - ☐ SERPINA1 (Komplettanalyse) 1–10 Gene
- ☐ Cholestase 11–100 Gene
- ☐ Hämochromatose
- ☐ HFE (C282Y, H63D)
 - ☐ Gesamtpanel 1–10 Gene
- ☐ Morbus Wilson 1–10 Gene

Weitere Erkrankungen

- ☐ Hereditäre hämorrhagische Teleangiektasie (HHT, Morbus Osler) 1–10 Gene

Tumorerkrankungen

- ☐ Magenkarzinom
- ☐ Pankreaskarzinom
- ☐ Hereditäres Kolonkarzinom und Polyposis
- ☐ Lynch-Syndrom
- ☐ Polyposis-Syndrome (inkl. FAP und MAP)

* für weitere gastrointestinale Karzinome siehe Auftragsformular
Erbliche Tumorerkrankungen

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