

 Humangenetisches Labor Medizinisch Genetische Beratung		Genetica AG Bändliweg 30 CH-8048 Zürich Tel 044 250 50 30 labor@genetica.ch	Untersuchung an Abortgewebe Einsender (inkl. auftraggebende/r Ärztin / Arzt)
Nachname		Geburtsdatum	Befundkopie
Vorname		Geschlecht ☐ W ☐ M	
Strasse, Nr.		Telefon	
PLZ	Ort		
Name der Versicherung		Versicherungsnummer	
Rechnung an ☐ Kasse / Patientin / Patient ☐ Selbstzahler ☐ Einsender ☐ Andere: _____			

Angaben zur Probe



Bitte keinen ganzen Fetus einsenden. Natives (kein fixiertes) Gewebe. Separate Anleitung zu Entnahme und Versand von Abortgewebe beachten. Zum Ausschluss einer maternalen Kontamination der fetalen DNA ist zusätzlich EDTA-Blut der Patientin erforderlich. Bitte immer mit-schicken.

Entnahmedatum: _____	☐ Plazentazotten ☐ Nabelschnur ☐ Haut	☐ Anderes: _____ ☐ EDTA-Blut der Patientin ☐ Geschlecht Fetus (falls bekannt): ☐ W ☐ M
----------------------	--	---

Angaben zur Indikation / Familienanamnese

Untersuchungen

- ☐ DNA-Extraktion und Asservierung (nicht kassenpflichtig, CHF 71.50)
☐ Molekulare Karyotypisierung (Auflösung ca. 1Mb), (nicht kassenpflichtig, CHF 1691.50)
 Bei fehlender Kostengutsprache wird eine Vorkasse verlangt.

Erklärung zur Kostenübernahme

Ich bestätige, dass ich von der Ärztin / dem Arzt über die geplante Laboruntersuchung, sowie deren Kosten informiert wurde. Ich wurde ebenso darüber aufgeklärt, dass es sich um eine nicht kassenpflichtige Leistung handelt. Ich erkläre mich einverstanden, den Test durchführen zu lassen und die Kosten, bei fehlender Kostenübernahme der Krankenkasse, selbst zu übernehmen. Sollte nach 6 Monaten keine Untersuchung zustande kommen, wird der Aufwand für die notwendige Vorbereitung des Probenmaterials (CHF 71.50) in Rechnung gestellt.

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:
---------------------------	--------	-------	--------