

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

### Angaben zur Probe

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

|                      |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Entnahmedatum: _____ | <input type="checkbox"/> Plazentazotten<br><input type="checkbox"/> Nabelschnur<br><input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Abortmaterial aus: _____<br><input type="checkbox"/> EDTA-Blut der Patientin<br><input type="checkbox"/> Geschlecht Fetus (falls bekannt): <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Angaben zur Indikation / Familienanamnese

|                                  |
|----------------------------------|
| _____<br>_____<br>_____<br>_____ |
|----------------------------------|

### Untersuchungen

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DNA-Extraktion und Asservierung (nicht kassenpflichtig, CHF 76.50)<br><input type="checkbox"/> Molekulare Karyotypisierung (Auflösung ca. 1Mb), (nicht kassenpflichtig, CHF 1620.00)<br>Bei fehlender Kostengutsprache wird eine Vorkasse verlangt. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Erklärung zur Kostenübernahme

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 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 76.50) in Rechnung gestellt. |                                           |
| _____<br>Ort, Datum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | _____<br>Unterschrift Patientin / Patient |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass dem Laborauftrag eine von der Patientin / dem Patienten unterschriebene Einverständniserklärung, gemäss Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG), beigelegt wird. <b>Ohne diese Erklärung werden keine genetischen Analysen durchgeführt.</b> |                                     |
| _____<br>Ort, Datum                                                                                                                                                                                                                                                                                                | _____<br>Unterschrift Ärztin / Arzt |

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