

Einsender (inkl. auftraggebende/r Ärztin / Arzt)

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

☐ Heparin-Blut HEP

☐ DNA, extrahiert aus: _____

☐ Sonstiges Material: _____

Angaben zur untersuchten Person

☐ Empfänger einer Knochenmarktransplantation

- Autolog

- ☐ Allogene

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 (Chromosomenanalyse: CHF 296.10, alle anderen Analysen: 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:

Fertilitätsstörung bei der Frau

Unerfüllter Kinderwunsch, rezidivierende Aborte, Implantationsversagen

- ☐ Chromosomenanalyse **HEP**
- ☐ FISH-Analyse (z.B. Mosaik Turner-Syndrom) **HEP**
- ☐ Thrombophilie (F2, F5) bei rezidivierenden Aborten
- ☐ Gen-Panel: Fertilitätsstörung 11–100 Gene

Prämatüre Ovarialinsuffizienz (POI)

- ☐ Chromosomenanalyse **HEP**
- ☐ FISH-Analyse (z.B. Mosaik Triple-X-Syndrom) **HEP**
- ☐ Fragiles-X-assoziierte prämatüre Ovarialinsuffizienz (FXPOI)
FMR1 (Repeat)
- ☐ Gen-Panel: Prämatüre Ovarialinsuffizienz (POI) 11–100 Gene

Adrenogenitales Syndrom (AGS)

- ☐ 21-Hydroxylase-Defizienz (häufigste Ursache)
CYP21A2
- ☐ Gen-Panel: AGS (ohne CYP21A2) 1–10 Gene
CYP11B1, CYP17A1, HSD3B2, STAR

Hypogonadismus

- ☐ Chromosomenanalyse **HEP**
- ☐ Gen-Panel: Hypogonadotroper Hypogonadismus 11–100 Gene
(inkl. Kallmann-Syndrom)

Fertilitätsstörung beim Mann

Unerfüllter Kinderwunsch, rezidivierende Aborte bei der Partnerin, Implantationsversagen

- ☐ Chromosomenanalyse **HEP**
- Azoospermie / Oligozoospermie**
- ☐ Chromosomenanalyse **HEP**
- ☐ FISH-Analyse (z.B. Klinefelter-Syndrom) **HEP**
- ☐ Nicht-obstruktive Azoospermie
Y-chromosomale Mikrodeletionen (AZFa, AZFb, AZFc)
- ☐ Obstruktive Azoospermie / Kongenitale Aplasie des Vas deferens (CAVD)
- ☐ CFTR (50 häufige Varianten)
- ☐ CFTR (Komplettanalyse) 1–10 Gene
- ☐ Gen-Panel: Spermatogenesestörung 11–100 Gene

Hypogonadismus

- ☐ Chromosomenanalyse **HEP**
- ☐ Gen-Panel: Hypogonadotroper Hypogonadismus 11–100 Gene
(inkl. Kallmann-Syndrom)

Abklärung bezüglich Anlageträgerschaft im Rahmen der Familienplanung

- ☐ Cystische Fibrose (CF)
- ☐ CFTR (50 häufige Varianten)
- ☐ CFTR (Komplettanalyse) 1–10 Gene
- ☐ Spinale Muskelatrophie (SMA)
SMN1 (Deletion)
- ☐ Fragiles-X-Syndrom (FXS)
FMR1 (Repeat)
- ☐ Hämoglobinopathie
- ☐ Carrier-Screening > 500 Gene
schwere rezessive Erkrankungen

Custom-Panel

Bekannte familiäre Mutation

Bitte Berichtskopie beilegen

Genname: _____

Mutationsbeschreibung: _____

Weitere Analysen: labor.genetica.ch/analysen**HEP** zwingend Heparin-Blut

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