

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:

Endokrinologie / Diabetologie

Diabetes mellitus und Störungen der Blutglukose-Regulation

- ☐ MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) 1–10 Gene
- ☐ Diabetes (inkl. Insulinresistenz) 11–100 Gene
- ☐ Kongenitaler Hyperinsulinismus 11–100 Gene

Adrenogenitales Syndrom (AGS)

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

Hypothalamus-Hypophysen-Achse

- ☐ Hypogonadotroper Hypogonadismus (inkl. Kallmann-Syndrom) 11–100 Gene

Schilddrüse und Nebenschilddrüsen

- ☐ Kongenitale Hypothyreose 11–100 Gene
- ☐ Hyperthyreose 1–10 Gene
- ☐ Hypoparathyreoidismus 1–10 Gene
- ☐ Hyperparathyreoidismus 1–10 Gene
- ☐ Hypophosphatämie und Rachitis 11–100 Gene

Gonaden

- ☐ Prämatüre Ovarialinsuffizienz (POI), primäre Amenorrhoe 11–100 Gene
- ☐ Störungen der Geschlechtsentwicklung (DSD) 11–100 Gene

Weitere Erkrankungen

- ☐ Adipositas 11–100 Gene
- ☐ Wachstumsretardierung in der Kindheit (inkl. Wachstumshormonmangel) > 100 Gene
- ☐ Hämochromatose
- ☐ HFE (C282Y, H63D)
 - ☐ Gesamtpanel 1–10 Gene
- ☐ Primäre pigmentierte noduläre adrenokortikale Dysplasie (PPNAD, genetisches Cushing-Syndrom) 1–10 Gene

Endokrinologische Neoplasien

- ☐ Paragangliom-Phäochromozytom-Syndrom
- ☐ Multiple Endokrine Neoplasie (MEN)
- ☐ Hereditäres Schilddrüsenkarzinom

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