

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:

Hämatologie

Blutungsneigung (Hämophilie)

- ☐ **Hämophilie A** 1–10 Gene
F8
- ☐ **Hämophilie B** 1–10 Gene
F9
- ☐ **Faktor VII-Mangel** 1–10 Gene
F7
- ☐ **Von-Willebrand-Syndrom (VWS)** 1–10 Gene
VWF
- ☐ **Blutungsneigung – Gesamtpanel** 1–10 Gene

Thromboseneigung (Thrombophilie)

- ☐ **Faktor II und Faktor V**
- ☐ Faktor II Prothrombin (F2:c.*97G>A bzw. G20210A)
Faktor V Leiden (F5:c.1601G>A/p.(Arg534Gln) bzw. R506Q)
 - ☐ F2 und F5 (Komplettanalyse) 1–10 Gene
- ☐ **Protein C-Mangel** 1–10 Gene
PROC
- ☐ **Protein S-Mangel** 1–10 Gene
PROS1
- ☐ **Thromboseneigung – Gesamtpanel** 1–10 Gene

Anämien

- ☐ **Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel (Favismus)** 1–10 Gene
G6PD
- ☐ **Hereditäre Sphärozytose** 1–10 Gene

Hämoglobinopathien

- ☐ **Alpha-Thalassämie**
- ☐ *HBA1, HBA2* (Deletion/Duplikation)
 - ☐ *HBA1, HBA2* (Sequenzanalyse)
- ☐ **Beta-Thalassämie**
- ☐ *HBB* (Deletion/Duplikation)
 - ☐ *HBB* (Sequenzanalyse)
- ☐ **Delta-Thalassämie**
HBD (Sequenzanalyse)
- ☐ **Hereditäre Persistenz von fetalem Hämoglobin (HPFH)**
HBG2, HBG1, HBB (Deletion/Duplikation)
- ☐ **Hämoglobinvarianten**
HBB und/oder HBA1, HBA2 (Sequenzanalyse)

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