



Hier bitte nicht überkleben

Markierung



Richtig =

Falsch =

Bitte schwarz markieren

| Patientendaten | | | | Einsender, Auftraggeber | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|
| Praxisinterne Patienten-Nummer ▶ | | | | | | | |
| Name | | | | | | | |
| Vorname | | | | | | | |
| Strasse | | | | | | | |
| PLZ/Ort | | | | | | | |
| Geburts-Datum | | | | Frühere / letzte Bef.-Nr. | | Behandelnder Arzt: | |
| <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> Kind ▶ Vater/Mutter | | | | E-Mail: | | | |
| Untersuchungsmaterial | | | | Bearbeitung | | Rechnung an | |
| Entnahme: Datum/Zeit | | | | <input type="checkbox"/> Notfall bis: <input type="checkbox"/> Tel. Bericht: <input type="checkbox"/> E-Mail: | | <input type="checkbox"/> Aktuelle Krankenkasse <input type="checkbox"/> Mitglied-Nr.: <input type="checkbox"/> AHV-Nr.: <input type="checkbox"/> IV: <input type="checkbox"/> Verfügungs-Nr.: | |
| <input type="checkbox"/> EDTA-Blut <input checked="" type="checkbox"/> Heparin-Blut | | | | <input type="checkbox"/> Befundkopie an Patient: <input type="checkbox"/> E-Mail: <input type="checkbox"/> Postadresse: <input type="checkbox"/> Weitere Befunde an: | | <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> NPL (Nichtpflichtleistung) <input type="checkbox"/> Unfall-Vers.: <input type="checkbox"/> Fall-/Schaden-Nr.: <input type="checkbox"/> Unfalldatum: <input type="checkbox"/> Police-Nr.: <input type="checkbox"/> Einsender mtl. <input type="checkbox"/> Einsender sofort <input type="checkbox"/> Mit Beleg sofort an Einsender <input type="checkbox"/> Anderer Rechnungsempfänger: | |
| Fragestellung / Indikation | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Klinische Angaben | | | | | | | |
| (Ethnie, Anamnese, Stammbaum, Vorbefunde bitte beilegen) | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!

Einwilligungserklärung / Zustimmung zur genetischen Diagnostik

| | |
|---|--|
| <p>Patient «Ich bestätige, dass ich über die verschiedenen Aspekte der unten markierten, genetischen Untersuchungsmethode(n) aufgeklärt wurde. Ich habe diese verstanden und gebe hiermit mein Einverständnis für die unten markierte(n) Analyse(n).»</p> <p>Datum: Unterschrift (zwingend):</p> | <p>Zuweisender Arzt «Ich habe oben genannte Person gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (GUMG) über die verlangte(n), genetische(n) Analyse(n) und über die Möglichkeit von allfälligem Überschuss informiert und ihr Einverständnis für die unten verlangte(n) Untersuchung(en) eingeholt.»</p> <p>Datum: Unterschrift (zwingend):</p> |
|---|--|

Gewünschte genetische Untersuchung (° im Unterauftrag)

| | |
|---|--|
| <p>GERINNUNGSSTÖRUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Faktor-II (Prothrombin Gen-Mutation) <input type="checkbox"/> Faktor-V Leiden <input type="checkbox"/> MTHFR <input type="checkbox"/> PAI-1 | <p>HÄMATOLOGISCHE NEOPLASIEN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> BCR-ABL (Philadelphia-Chromosom) BCRABL <input type="checkbox"/> JAK2 <input type="checkbox"/> V617F-Mutation JAK2DQ <input type="checkbox"/> Sanger Exon 12 JAKE1Z |
| <p>RHEUMATOLOGIE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew (HLA-B27) <input type="checkbox"/> Morbus Behçet (HLA-B51) | <p>PRÄNATALDIAGNOSTIK</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> RHDF: SSW: ____ + ____ (ab SSW 18+0) mind. 4mL EDTA-Blut RHDF <input type="checkbox"/> NIPT° ▶ siehe Formular NIPT 7 |
| <p>METABOLISCHE UND ENDOKRINE KRANKHEITEN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gilbert-Meulengracht (UGT1A1) <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose (Mukoviszidose) <input type="checkbox"/> Hereditäre Fruktoseintoleranz <input type="checkbox"/> Hämochromatose (HFE) <input type="checkbox"/> Primäre Laktoseintoleranz <input type="checkbox"/> Zöliakie | <p>MOTORISCHE UND / ODER KOGNITIVE STÖRUNGEN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chorea Huntington CHOHUN <input type="checkbox"/> Fragiles-X Syndrom FRAX <input type="checkbox"/> Familiäres Mittelmeerfieber° (FMF) MEFV <input type="checkbox"/> Dystrophie Duchenne/Becker DMD <input type="checkbox"/> Spinale Muskelatrophie SMAGE2 |
| <p>KINDERWUNSCH / FERTILITÄTSABKLÄRUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Faktor-II (Prothrombin Gen-Mutation) <input type="checkbox"/> Faktor-V Leiden <input type="checkbox"/> HLA-C° <input type="checkbox"/> KIR° <input type="checkbox"/> MTHFR <input type="checkbox"/> PAI-1 <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse° (Karyotyp) (Heparin-Blut) <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose <input type="checkbox"/> Fragiles X-Syndrom <input type="checkbox"/> Spinale Muskelatrophie <input type="checkbox"/> Y-Mikrodeletionen (AZF) | <p>PHARMAKOGENETIK</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ABCB1 (Antidepressiva) ABCB1 <input type="checkbox"/> DPYD-Varianten (5-Fluorouracil) DPYD <input type="checkbox"/> HLA-A*3101 (Carbamazepin) HLAA31 <input type="checkbox"/> HLA-B*5701 (Abacavir) HLAB57 <input type="checkbox"/> UGT1A1 (Irinotecan) GMGEN Cytochrome° <input type="checkbox"/> CYP2D6 CYP2D6 <input type="checkbox"/> CYP2C9 CYP2C9 <input type="checkbox"/> CYP2C19 CYP2C19 <input type="checkbox"/> CYP1A2 CYP1A2 <input type="checkbox"/> CYP3A4 CYP3A4 |

ONKOGENETIK ▶ siehe Formular Onkogenetik 9

Brust- und Ovarialkarzinom (HBOC), Magenkarzinom, Familiäre Hypercholesterinämie, Multiple endokrine Neoplasie, Kolonkarzinom, Pankreaskarzinom, Lungenkarzinom, Prostatakarzinom

MEDIZINISCHE GENETIK

MUSTER