



Hier bitte nicht überkleben

Markierung  
Richtig =  
Falsch ✖  
Bitte schwarz markieren

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

**Einwilligungserklärung / Zustimmung zur genetischen Diagnostik**

<p><b>Patient</b> «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><b>Zuweisender Arzt</b> «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 onkogenetische Untersuchung (NGS-Analysen, ausser wenn anders spezifiziert)**

<input type="checkbox"/> BRCA1/BRCA2	BRCA1 und BRCA2
<input type="checkbox"/> Brustkrebs	BRCA1, BRCA2, ATM, CDH1, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11, TP53 Sonsrige: .....
<input type="checkbox"/> Ovarialkrebs	BRCA1, BRCA2, BRIP1, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2, RAD51C, RAD51D Sonsrige: .....
<input type="checkbox"/> HBOC (gem. SAKK-Empfehlung (2018))	BRCA1, BRCA2, ATM, BARD1, BRIP1, CDH1, CHEK2, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, NBN, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53
<input type="checkbox"/> Kolonkarzinom	EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2
<input type="checkbox"/> Lungenkarzinom	BAP1, BLM, DICER1, EGFR, MEN1, STK11, TP53
<input type="checkbox"/> Magenkarzinom	APC, EDH1, CHEK2, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, PMS2, PRKAR1A, TP53
<input type="checkbox"/> Pankreaskarzinom	BAP1, BRCA1, BRCA2, CDKN2A, EPCAM, MEN1, MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2, STK11, TP53, VHL
<input type="checkbox"/> Prostatakarzinom	ATM, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CHEK2, EPCAM, HOXB13, MLH1, MSH2, MSH6, NBN, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51D, TP53
<input type="checkbox"/> familiäre Mutation	Sanger-Sequenzierung der folgenden Genmutation/-variante: .....

- Bitte schriftlichen Befund des Indexpatienten beilegen.  
- Ein falsch-negatives Ergebnis bedingt durch ein allelisches Dropout kann nur ausgeschlossen werden, wenn diesem Auftrag EDTA-Blut des Indexpatienten beigelegt wird.

01  
02  
03  
04  
05  
06  
07  
08  
09  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51

ONKOGENETIK

MUSTER