

# Messung der Telomerlänge

MEDICA Pathologie  
Hottingerstrasse 9/11, 8032 Zürich  
Tel. 044 269 67 18  
medica.ch/pathologie

36



MEDICA  
Pathologie

W05

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
<b>Patienten-Nr. des Arztes:</b> _____		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> <b>Bitte schwarz markieren</b>                       Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!                 </div>	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter .....			
Name	_____		
Vorname	_____		
Strasse	_____		
PLZ/Ort	_____		
c/o	_____		
Geburtsdatum	_____ Mobil Tel. _____		
E-Mail	_____		
AHV-Nr.	_____		
Befundbearbeitung		Rechnung an	
<input type="checkbox"/> <b>Telefon erwünscht</b> Nr.: _____ <input type="checkbox"/> <b>Faxbericht erwünscht</b> Nr.: _____ <input type="checkbox"/> <b>Befundkopie an:</b> _____ _____ _____		<input type="checkbox"/> <b>Krankenkasse</b> _____ Mitglied-Nr. _____ <input type="checkbox"/> <b>IV</b> _____ Verfügungs-Nr. _____ <input type="checkbox"/> <b>Unfall-Vers.</b> _____ Fall-Schaden-Nr. _____ Unfalldatum _____ <input type="checkbox"/> <b>Spital (stationärer Patient)</b> <input type="checkbox"/> allg. <input type="checkbox"/> hpriv. <input type="checkbox"/> priv. <input type="checkbox"/> <b>Patient</b> <input type="checkbox"/> <b>Einsender</b> <input type="checkbox"/> <b>Beleg sofort an Einsender</b> <input type="checkbox"/> <b>Andere</b> _____ _____	
<b>Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.)</b> _____ _____ _____			

## Messung der Telomerlänge

### Telomeropathie-spezifische medizinische Informationen

<b>Haut:</b>	<input type="checkbox"/> Leukoplakie	<input type="checkbox"/> Hyper/Hypo-Pigmentierung	<input type="checkbox"/> Nageldystrophie
	<input type="checkbox"/> vorzeitiges Ergrauen der Haare		<input type="checkbox"/> andere _____
<b>Blut:</b>	<input type="checkbox"/> Zytopenie	<input type="checkbox"/> erhöhtes MCV	<input type="checkbox"/> andere _____
<b>Knochenmark:</b>	<input type="checkbox"/> aplastische Anämie	<input type="checkbox"/> MDS	<input type="checkbox"/> andere _____
<b>Immunsystem:</b>	<input type="checkbox"/> opportunistische Infektion	<input type="checkbox"/> Immunschwäche	<input type="checkbox"/> andere _____
<b>Magen-Darm:</b>	<input type="checkbox"/> Enterokolitis	<input type="checkbox"/> andere _____	
<b>Leber:</b>	<input type="checkbox"/> Leberfibrose	<input type="checkbox"/> Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> andere _____
<b>Lunge:</b>	<input type="checkbox"/> idiopathische Lungenfibrose	<input type="checkbox"/> vorzeitiges Emphysem	<input type="checkbox"/> andere _____
<b>Knochen:</b>	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> avaskuläre Nekrose	<input type="checkbox"/> andere _____
<b>Endokrin:</b>	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> andere _____	
<b>Krebs:</b>	<input type="checkbox"/> hämatologische Malignome:	<input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> AML	
	<input type="checkbox"/> Hautkrebs	<input type="checkbox"/> andere Krebsarten _____	
<b>Wachstumsstörung:</b>	<input type="checkbox"/> kleinwüchsig	<input type="checkbox"/> andere Deformitäten _____	
<b>Familiengeschichte:</b>	<input type="checkbox"/> Eltern betroffen	<input type="checkbox"/> Geschwister betroffen	<input type="checkbox"/> andere _____
<b>Bekannte Mutationen:</b>	_____		
<b>Medikamente:</b>	_____		

Entnahmedatum: _____	Entnahmezeit: _____
----------------------	---------------------

Laborresultate:                      Hb:                      Lc:                      Tc:
--

### Einwilligung in die Analyse der Telomerlänge

Hiermit genehmige ich die Messung der Telomerlänge für den in diesem Antrag genannten Patienten. Ich habe den Patienten über den Test informiert, und der Patient hat seine Zustimmung zur Durchführung des Tests gegeben. Darüber hinaus hat der Patient ausdrücklich

Unterschrift des behandelnden Arztes ( <b>erforderlich</b> ): _____	Datum: _____
---	--------------

## Messung der Telomerlänge durch die Gruppe von G. Baerlocher, MD, EMBA

Sollten Sie fragen zu der Analyse haben, zögern Sie nicht uns zu kontaktieren:

G. Baerlocher, MD, EMBA  
FMH Innere Medizin und Hämatologie  
FAMH Hämatologie  
Tel: +41 44 269 99 04  
E-Mail: [telomere@medica.ch](mailto:telomere@medica.ch)

Kontaktieren Sie uns vor der Blutentnahme per E-Mail unter [telomere@medica.ch](mailto:telomere@medica.ch), um ein passendes Versanddatum zu finden. **In dringenden Fällen kontaktieren Sie uns bitte per Telefon +41 44 269 99 04 für eine schnellere Abwicklung.**

## Probenentnahme

- Beschriften Sie das Probenröhrchen mit:
  - Patienten ID #
  - Alter
  - Geschlecht
  - Datum und Uhrzeit der Entnahme
- Entnehmen Sie peripheres Blut in **EDTA** (ethylenediaminetetraacetic acid).
- Für einen erfolgreichen Test werden 10-15 ml peripheres Blut benötigt.
- Alle Einsendungen müssen innerhalb von 2 Tagen und in gutem Zustand bei uns eintreffen. Die Proben sollten **über Nacht per Priority Versand (Schweizerische Post), NUR Montag-Mittwoch** versandt werden.

## Versand der Probe

### Versandmaterial

- Transportbehälter zum Schutz vor Beschädigung
- Probenbeutel oder verschliessbarer Zip-Lock Beutel und Luftpolsterfolie
- Klebeband
- Zwei Adressaufkleber
- Auftragsformular für die Messung der Telomerlänge - **Unterschrift bitte nicht vergessen**

### Versand

1. Legen Sie das Blutentahmeröhrchen in den Probenbeutel und wickeln Sie es in Luftpolsterfolie ein.
2. Legen Sie das ausgefüllte und unterschriebene Auftragsformular zusammen mit der Probe in den Versandbehälter.
3. Verschiessen Sie den Versandbehälter mit Klebeband.
4. Beschriften Sie den Versandbehälter auf zwei Seiten mit der Adresse.
5. Sofortiger Priority Versand (Mo-Mi) an:

**Pathologie Zentrum Zürich  
Hottingerstrasse 9/11  
CH - 8032 Zürich**

6. Teilen Sie uns das Versanddatum und die Trackingnummer mit per E-Mail unter [telomere@medica.ch](mailto:telomere@medica.ch)

### Empfangsbestätigung der Probe

Wir werden Ihnen den Erhalt der Probe per E-Mail bestätigen. Sollte die Verpackung oder die Probe beschädigt sein beim Erhalt, werden wir Sie mit weiteren Anweisungen kontaktieren.