

Nachname		Geburtsdatum	
Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	
Strasse, Nr.		Telefon	
PLZ	Ort		
Name der Versicherung		Versicherungsnummer	
Rechnung an <input type="checkbox"/> Kasse / Patient <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Andere: _____			

Befundkopie

Angaben zur Probe



Bitte separate Anleitung zu Entnahme und Versand von Abortgewebe beachten. **Natives (kein fixiertes) Gewebe. Bitte keinen ganzen Fetus einsenden.** Zum Ausschluss einer maternalen Kontamination der fetalen DNA ist **zusätzlich EDTA-Blut der Patientin erforderlich. Bitte immer mitschicken.**

Entnahmedatum: _____	<input type="checkbox"/> Plazentazotten	<input type="checkbox"/> Abortmaterial aus: _____
	<input type="checkbox"/> Nabelschnur	<input type="checkbox"/> EDTA-Blut der Patientin
	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Geschlecht Fetus (falls bekannt): <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M

Angaben zur Indikation / Familienanamnese

Untersuchungen

- DNA-Extraktion und Asservierung (nicht kassenpflichtig, CHF 76.50)
- Molekulare Karyotypisierung (Auflösung ca. 1Mb), (nicht kassenpflichtig, CHF 1620.00)
Bei fehlender Kostengutsprache wird eine Vorkasse verlangt.

Erklärung zur Kostenübernahme

- Ich bestätige, dass ich von der Ärztin / dem Arzt über die geplante Laboruntersuchung, sowie deren Kosten informiert wurde. Ich wurde ebenso darüber aufgeklärt, dass es sich um eine nicht kassenpflichtige Leistung handelt. Ich erkläre mich einverstanden, den Test durchführen zu lassen und die Kosten, bei fehlender Kostenübernahme der Krankenkasse, selbst zu übernehmen. Sollte nach 6 Monaten keine Untersuchung zustande kommen, wird der Aufwand für die notwendige Vorbereitung des Probenmaterials (CHF 76.50) in Rechnung gestellt.

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: