

Einsender (inkl. auftraggebende/r Ärztin / Arzt)

Nachname Geburtsdatum

Vorname Geschlecht
 W M

Strasse, Nr. Telefon

PLZ Ort

Name der Versicherung Versicherungsnummer

Rechnung an
 Kasse / Patient Selbstzahler Einsender Andere: _____

Befundkopie

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:

Pneumologie

Lungenerkrankungen

- Cystische Fibrose (CF)**
 - CFTR* (50 häufige Varianten)
 - CFTR* (Komplettanalyse) 1–10 Gene
- Alpha-1-Antitrypsin-Mangel**
 - SERPINA1* (Pi*S / Pi*Z)
 - SERPINA1* (Komplettanalyse) 1–10 Gene
- Non-CF-Bronchiektasen** 1–10 Gene
- Idiopathische Lungenfibrose** 11–100 Gene
- Surfactant-Mangel** 1–10 Gene
- Familiärer Pneumothorax** 1–10 Gene
- Pulmonal-arterielle Hypertonie (PAH)** 11–100 Gene
- Hereditäre hämorrhagische Teleangiectasie (HHT, Morbus Osler)** 1–10 Gene
- Primäre ziliäre Dyskinesie (PCD)** 11–100 Gene

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