

Einsender (inkl. auftraggebende/r Ärztin / Arzt)

Nachname		Geburtsdatum		Befundkopie
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: _____				

### 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:

## Kardiologie

### Kardiomyopathien

- Dilatative Kardiomyopathie (DCM) 11-100 Gene
- Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM) 11-100 Gene
- Linksventrikuläre Non-Compaction Kardiomyopathie (LVNC) 1-10 Gene
- Kardiomyopathien – Gesamtpanel > 100 Gene

### Herzrhythmusstörungen

- Arrhythmogene rechtsventrikuläre Dysplasie (ARVD) 1-10 Gene
- Brugada-Syndrom 1-10 Gene
- Long-QT-Syndrom 1-10 Gene
- Short-QT-Syndrom 1-10 Gene
- Katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT) 1-10 Gene
- Wolff-Parkinson-White-Syndrom 1-10 Gene
- Progressive kardiale Reizleitungsstörungen (AV-Block) 11-100 Gene
- Herzrhythmusstörungen – Gesamtpanel 11-100 Gene

### Multisystemerkrankungen mit Herzbeteiligung

- Morbus Fabry 1-10 Gene  
*GLA*
- Amyloidose
  - Transthyretin-assoziiert (ATTR) 1-10 Gene
  - Gesamtpanel 1-10 Gene
- Hereditäre hämorrhagische Teleangiektasie (HHT, Morbus Osler) 1-10 Gene

### Cor pulmonale

- Pulmonal-arterielle Hypertonie (PAH) 11-100 Gene

### Kardiovaskuläre Risikofaktoren

- Familiäre Hypercholesterinämie 1-10 Gene
- Familiäre Hypertriglyceridämie 1-10 Gene
- Familiäre Hyperchylomikronämie 1-10 Gene

### Bindegewebserkrankungen

- Marfan-Syndrom 1-10 Gene
- Loeys-Dietz-Syndrom 1-10 Gene
- Ehlers-Danlos-Syndrom 11-100 Gene
- Thorakale Aortenaneurysmen und Aortendissektionen (TAAD) 11-100 Gene
- Bindegewebserkrankungen – Gesamtpanel 11-100 Gene

## Custom-Panel

---



---



---



---



---

## Bekannte familiäre Mutation

Bitte Berichtskopie beilegen

Genname: \_\_\_\_\_

Mutationsbeschreibung: \_\_\_\_\_

Weitere Analysen: [labor.genetica.ch/analysen](http://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