

Einsender (inkl. auftraggebende/r Ärztin / Arzt)

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

Abnahmedatum: _____ . _____ . _____

EDTA-Blut

Heparin-Blut (HEP)

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 (Chromosomenanalyse: CHF 296.10, alle anderen Analysen: 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:

Entwicklungsstörungen

Chromosomenstörung

- Chromosomenanalyse HEP
- FISH-Analyse (z.B. Mosaik Turner-Syndrom) HEP
- Hochauflösender Microarray (Array-CGH)

Neuropädiatrie

- Fragiles-X-Syndrom (FXS)
FMR1 (Repeat)
- Neurologische Entwicklungsstörung > 100 Gene
- Epileptische Enzephalopathie > 100 Gene
- Floppy Infant
 - Myotone Dystrophie Typ 1 (DM1, Curschmann-Steinert)
DMPK (Repeat)
 - Spinale Muskelatrophie Typ 1 – 4 (SMA)
SMN1, SMN2 (Deletion)
 - Prader-Willi-Syndrom (PWS) D+M
 - Morbus Pompe (GSD Typ 2)
GAA > 1–10 Gene
- Exomweite Sequenzierung (WES) > 100 Gene

Syndrome

- RASopathien (Noonan-, CFC-, Costello-Syndrom und DD) 11–100 Gene
- Grosswuchssyndrome (inkl. Sotos-Syndrom und DD) 11–100 Gene
- Bardet-Biedl-Syndrom 11–100 Gene
- Ziliopathien > 100 Gene
- Primäre Mikrozephalie > 100 Gene
- Kraniosynostose
 - isoliert (*FGFR*-assoziiert und DD) 1–10 Gene
 - Gesamtpanel > 100 Gene
- Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte (LKG-Spalte) > 100 Gene
- Prader-Willi-Syndrom (PWS) D+M
- Angelman-Syndrom (AS, ohne *UBE3A*-Punktmutationen) D+M
- Beckwith-Wiedemann-Syndrom (BWS) D+M
- Silver-Russell-Syndrom (SRS Typ 1, Chr. 11p15) D+M
- Silver-Russell-Syndrom (SRS Typ 2, UPD(7)mat) D+M

Kleinwuchs

- SHOX*-Defizienz
 - SHOX* (Deletion)
 - SHOX* (Sequenzierung) > 1–10 Gene
- Achondroplasie, Hypochondroplasie, thanatophore Dysplasie
FGFR3 > 1–10 Gene
- Skelettdysplasie > 100 Gene
- Wachstumsretardierung > 100 Gene
- Kindliche Adipositas 11–100 Gene

Bindegewebserkrankungen

- Bindegewebserkrankungen – Gesamtpanel 11–100 Gene
(inkl. Marfan-, Loeys-Dietz-, Ehlers-Danlos-Syndrom und Osteogenesis imperfecta Typ I, II, III, IV)

Verdacht auf spezifisches Syndrom

Syndrom auf Anfrage: _____

Bekannte familiäre Mutation

Bitte Berichtskopie beilegen

Genname: _____

Mutationsbeschreibung: _____

Weitere Analysen: labor.genetica.ch/analysen

HEP zwingend Heparin-Blut

D+M Deletions- und Methylierungsanalyse



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