

Einsender

Nachname	Geburtsdatum
----------	--------------

Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M
---------	---

Strasse, Nr.	Telefon
--------------	---------

PLZ	Ort
-----	-----

Befundkopie

Rechnung an
 Einsender Patientin/Patient (Vorkasse)

Angaben zur Probe

Abnahmedatum: _____ . _____ . _____
 EDTA-Blut
 DNA, extrahiert aus: _____

Angaben zur untersuchten Person

Empfänger einer allogenen Knochenmarktransplantation

Bemerkungen

GENproactiv-Vorsorge-Tests

<input type="checkbox"/> GENproactivCARDIO	~ 39 Gene
<input type="checkbox"/> GENproactivONCO	~ 40 Gene
<input type="checkbox"/> GENproactivCOMPLETE	~ 98 Gene

Weitere Analysen: labor.genetica.ch/analysen

i Die Tests sind für gesunde Erwachsene mit unauffälliger Familienanamnese und werden von der Krankenkasse nicht übernommen. Für Jugendliche und Kinder unter 18 Jahren werden diese Tests nicht angeboten. Telefonische Auskünfte: 044 250 50 30.

Einverständnis und Erklärung zur Kostenübernahme

Ich bestätige, dass ich im Rahmen einer genetischen Beratung über den Inhalt der geplanten Laboruntersuchung, sowie deren Kosten informiert wurde. Ich habe die Ausführungen verstanden und hatte die notwendige Bedenkzeit. **Ich erkläre mich einverstanden, den Test durchführen zu lassen und die Kosten selbst (Vorkasse) oder über den Einsender zu bezahlen.**

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Patientin/Patient
---------------------	---

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Ärztin/Arzt
---------------------	-----------------------------------

Wird vom Labor ausgefüllt Datum: . . Zeit: : Visum: