



Eingangsdatum/Stempel (wird intern ausgefüllt)

Stand: 02.08.2022

Internes Laboretikett

## ANMELDEFORMULAR FÜR DNA-UNTERSUCHUNG (prä- und postnatal)

### Personalien der zu untersuchenden Person (bitte Blockschrift / Patientenstempel) / Rechnungsstellung

Name (inkl. Ledigname): \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  M  W  
Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Vater (Name, Vorname, Geburtsdatum, Heimatland): \_\_\_\_\_  
Mutter (Name, Vorname, Geburtsdatum, Heimatland): \_\_\_\_\_

**Rechnungsstellung an:**  die zu untersuchende Person (immer falls nicht anders vereinbart)  Hausarztmodell  
 Krankenkasse (Abtretungsvereinbarung – Die zu untersuchende Person bestätigt hiermit, dass sie ihre Forderungen für diese DNA-Untersuchung gegenüber ihrer Kasse an das Zentrum für Kardiovaskuläre Genetik und Gendiagnostik (ZKG) abtritt und das ZKG berechtigt ist, seine Forderungen direkt gegenüber der Krankenkasse geltend zu machen. Es wird ausdrücklich auf die Gefahr der Doppelzahlung hingewiesen, falls die Kasse trotz dieser Abtretungsvereinbarung auch an die zu untersuchende Person bezahlt (OR Art. 167).

**Ort, Datum und Unterschrift der zu untersuchenden Person:** X \_\_\_\_\_  
Für Angaben zur Krankenkasse kann folgendes Formular verwendet werden: [www.genetikzentrum.ch/view/data/1051/AKCM\\_Form\\_D.pdf](http://www.genetikzentrum.ch/view/data/1051/AKCM_Form_D.pdf).

### Vom auftraggebenden / anmeldenden Arzt auszufüllen

DNA-Untersuchung auf (Krankheit):  _____	Stammbaum der Familie:  _____
Die zu untersuchende Person ist: <input type="checkbox"/> klinisch auffällig, manifest krank <input type="checkbox"/> klinisch unauffällig <input type="checkbox"/> gesundes Familienmitglied	

Bemerkung / Anamnese:  
  
\_\_\_\_\_

Material#:  EDTA-Blut (~5-10 ml)  Biopsie (Haut/Aorta)  PAXgene-Blut (für RNA)  
 Speichel-Probe (für DNA)  Speichel-Probe (für RNA)  anderes: \_\_\_\_\_  
Entnahmedatum: \_\_\_\_\_ <sup>#</sup>Versand: ungekühlt in einem gepolsterten Couvert mit A-Post  
(Biopsie in einer sterilen, isotonischen (Zellkultur-)Lösung)

### Auftraggebender / anmeldender Arzt (bitte komplett ausfüllen / Praxis- oder Klinikstempel)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Spezialisierung/Klinik: \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Tel./Fax/Sucher: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Unterschrift und Bestätigung des auftraggebenden / anmeldenden Arztes

Mit seiner Unterschrift bestätigt der auftraggebende / anmeldende Arzt, dass eine gesetzeskonforme Berechtigung zur Auftragserteilung vorliegt und eine genetische Beratung gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) durchgeführt oder veranlasst wurde.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: X \_\_\_\_\_

Befundkopie an (z.B. OA, Hausarzt): \_\_\_\_\_

**Bitte zwingend Rückseite beachten und ausfüllen!**



**Angebot für DNA-Untersuchungen (s. auch [www.genetikzentrum.ch](http://www.genetikzentrum.ch) → Gendiagnostik → Angebot)**

- Marfan-Syndrom und andere Thorakale Aortenkrankheiten\* 11-100 Gene AL-Position 6210.61
- Ehlers-Danlos-Syndrom (alle Typen)\* 11-100 Gene AL-Position 6212.61
- Mendelsche Krankheiten / Syndrome von Haut, Bindegewebe, Knochen\* 1-10 / 11-100 / >100 Gene AL-Position 621X.6X
- Mendelsche Krankheiten / Syndrome\* 1-10 / 11-100 / >100 Gene AL-Position 62XX.6X
- Seltene genetische Krankheiten (Orphan Diseases)\* 1-10 / 11-100 / >100 Gene AL-Position 6299.60 / 6299.61 / 6299.62
- Zusätzliche AL-Positionen: 0-1x 6001.03, 0-4x 62XX.55, 1-6x 6013.58, 1x 4700.00 Gesamtkosten: CHF ~5'000 (2'610-5'920)

Untersuchung auf eine bekannte familiäre Mutation (Gen und Mutation/Sequenzänderung): \_\_\_\_\_

Indexpatient Name, Vorname, Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Bitte Befundkopie beifügen, falls der Indexpatient nicht von uns untersucht wurde.

Die Kosten auf eine familiäre Mutation betragen CHF 360 und werden von der Krankenkasse nur übernommen, wenn bei der zu untersuchenden Person (bereits) klinische Symptome vorliegen.

\*Diese diagnostische Untersuchung (Hochdurchsatz-Sequenzierung) ist explizit als Pflichtleistung in der Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV) aufgeführt. Wir benötigen allerdings vor Untersuchungsbeginn eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse. Verordnung von mehr als 10 Genen nur durch Ärzte mit eidgenössischem Weiterbildungstitel "Medizinische Genetik".

Bemerkung: Genetische Untersuchungen werden von der Invalidenversicherung (IV) nur dann übernommen, wenn sie von dieser angeordnet wurden.

**Weitere Gendiagnostikangebote**

DNA-Untersuchungen von weiteren monogenen Krankheiten / Untersuchung eines einzelnen Gens: \_\_\_\_\_  
(nach Rücksprache)

DNA-Extraktion  DNA-Versand

Interdisziplinäre humangenetische Beratung (Terminvereinbarung unter [genetikzentrum@hin](mailto:genetikzentrum@hin) oder 043 433 86 86)

**Von der zu untersuchenden Person auszufüllen**

**Einverständniserklärung zur molekulargenetischen Untersuchung (DNA-Untersuchung)**

Ich wurde eingehend über die hier veranlasste genetische Untersuchung informiert und hatte genügend Zeit, Fragen zu stellen und meinen Entschluss zu fassen. Ich weiss, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Zustimmung gesamthaft oder teilweise ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. **Ich bin mit der Durchführung der hier veranlassten molekulargenetischen DNA-Untersuchung und der Verwendung meiner diesbezüglichen klinischen Daten einverstanden:**

Ja  Nein

Sollte die hier veranlasste DNA-Untersuchung nicht zu einer abschliessenden Abklärung führen, stimme ich zu, dass auch weitere, bekannte oder heute noch unbekannt Gene, die mit der zu untersuchenden Krankheit in Zusammenhang stehen, untersucht werden bzw. dass weitere zur abschliessenden Abklärung benötigten molekulargenetischen Untersuchungen angeschlossen werden (gratis):

Ja  Nein

Über allfällige Zufallsbefunde mit klinischer Bedeutung ohne Bezug zur primären Fragestellung möchte ich informiert werden, wenn Vorsorge- oder Behandlungsmassnahmen bekannt sind:

Ja  Nein

**Einverständniserklärung zur Weiterverwendung von überschüssigem Untersuchungsmaterial**

Überschüssiges Untersuchungsmaterial wird zum Zwecke der Nachprüfbarkeit unserer Ergebnisse, zur Qualitätskontrolle und für zukünftige Analysen im Interesse der Patientinnen und Patienten aufbewahrt (z.B. als Referenzprobe). Es kann zudem eine wichtige Quelle für Forschungs- und Entwicklungsarbeit auf dem Gebiet der medizinisch-genetischen Diagnostik darstellen (z.B. als Kontrollprobe). Für diese Zwecke kann das Untersuchungsmaterial in einer Weise anonymisiert werden, dass eine nachträgliche Zuordnung zu einer Person ausgeschlossen ist.

**Ich bin mit der Weiterverwendung des überschüssigen Untersuchungsmaterials einverstanden:**

Ja; das überschüssige Untersuchungsmaterial soll nicht anonymisiert werden.

Falls dabei für mich relevante neue Erkenntnisse entstehen, möchte ich informiert werden:  Ja  Nein

Ja; das überschüssige Untersuchungsmaterial muss aber dazu anonymisiert werden.

Nein; keine Weiterverwendung des überschüssigen Untersuchungsmaterials.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

**Unterschrift der zu untersuchenden Person:**

(oder des gesetzlichen Vertreters; nicht des auftraggebenden Arztes) X \_\_\_\_\_

Bestätigung des Arztes **in Abwesenheit der zu untersuchenden Person**. Die Einwilligung der zu untersuchenden Person zur molekulargenetischen Untersuchung liegt mir vor: \_\_\_\_\_