

Patientendaten		Einsender	Auftragsnummer (Labor intern)											
Name _____	Geburtsdatum <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													
Vorname _____	Geschlecht ☐ W ☐ M													
Strasse/Nr. _____	PatientenNr. _____													
PLZ/Ort _____	Krankenkasse _____													
E-Mail _____	VersichertenNr. _____													
Proben-Entnahmedatum <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Entnahmezeit <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>														
Verrechnung/Berichterstattung														
☐ Rechnung zu Lasten OKP ☐ Einsender ☐ zu Lasten Patient (Nicht-Pflichtleistung)														
☐ Befundkopie an Patient ☐ Nebenstehend: _____														
Probenmaterial														
☐ EDTA-Vollblut ☐ _____		Medikation (bei Pharmakogenetik angeben): 												

Labor Auftrag und informierte Zustimmung zur genetischen Untersuchung

„Ich bestätige hiermit, dass ich gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) genetisch beraten worden bin und dass mir genügend Zeit für Fragen und zum Bedenken eingeräumt worden ist.“
Ich erkläre mich einverstanden, die unten angezeigte(n) genetische(n) Untersuchung(en) durchzuführen:

- | | | |
|---|--|-------------------------------|
| 7755 ☐ Laktose-Intoleranz (T13910C) | Faktor V-Leiden Variante (R506Q) & Prothrombin FII-Mutation (G20210A)* | 7711 ☐ |
| 7765 ☐ Zöliakie/Gluten-Intoleranz (HLA-DQ8, HLA-DQ2) | Hämochromatose (C282Y/H63D)* | 7740 ☐ |
| 7998 ☐ Pharmakogenetik (20 Gene) | Thalassämie-Genetik (α-, β- und Hb-Varianten)** | 2079 ☐ |
| ☐ _____ | | |

Aufbewahrung und Verwendung des überschüssigen Untersuchungsmaterials und der Untersuchungsergebnisse (Rohdaten) für ergänzende Untersuchungen:

- ◆ Ich bin damit einverstanden, dass das überschüssige Untersuchungsmaterial und die Rohdaten für allfällige Nachuntersuchungen aufbewahrt werden. Für zukünftige Untersuchungen ist mein Einverständnis nötig.
Falls Sie NEIN ankreuzen wird Ihre Probe nach der Analyse vernichtet.

☐ NEIN
☐ JA
- ◆ Mein Untersuchungsmaterial darf in anonymisierter Form für medizinische Forschung eingesetzt werden.
 Ein Rückschluss auf meine Person ist damit nicht mehr möglich.

☐ NEIN
☐ JA
- ◆ Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe und meine Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt werden können.

☐ NEIN
☐ JA

Unterschrift Patient: Ort und Datum: _____
 (Patient/Erziehungsberechtigter/rechtlicher Vertreter wo nötig)

Zuweisende Gesundheitsfachperson:

Ich bestätige, die oben genannte Person gemäss dem geltenden Gendiagnostikgesetz (GUMG) über die genannte(n) genetische(n) Analyse(n) inklusive deren Einschränkungen aufgeklärt zu haben und die mir gestellten Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben.

Unterschrift:
 Ort und Datum: _____