

Patientendaten		Einsender	Praxisstempel
Name	Geburtsdatum		
Vorname	Geschlecht	<input type="checkbox"/> W	Auftragsnummer (Labor intern)
Straße/Nr.	PatientenNr.	<input type="checkbox"/> M	
PLZ/Ort	Krankenkasse		
E-Mail	VersichertenNr.		
Proben-Entnahmedatum	Entnahmezeit		
Verrechnung/Berichterstattung			
<input type="checkbox"/> Rechnung zu Lasten OKP	<input type="checkbox"/> Einsender	<input type="checkbox"/> zu Lasten Patient (Nicht-Pflichtleistung)	
<input type="checkbox"/> Befundkopie an Patient			
<input type="checkbox"/> Nebenstehend:			
Probenmaterial			
<input type="checkbox"/> EDTA-Vollblut	Bemerkungen:		
<input type="checkbox"/>			

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
- 7940 Ernährungsgenetik (75 Gene) Thalassämie-Genetik (α-, β- und Hb-Varianten)** 2077
inkl. Hb-Elektrophorese + Erythrozyten-Enzyme
-

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: _____