



Auftragsformular für Genetische Diagnostik

HBOC | Hereditäres Mamma-/Ovarialkarzinom

Patient(in):

Auftraggeber:

Name in Druckbuchstaben und HIN E-Mail

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

☐ Weiblich ☐ Männlich [alternativ Patientenetikette aufkleben]

Adresse _____

Telefon _____

Zusätzl. Berichtkopie an: (HIN E-Mail)

Klinische Angaben: Ethnische Abst.: _____ Blutsverwandtschaft der Eltern: ☐ Nein ☐ Ja _____

Die Analyse erfolgt ☐ präsymptomatisch ☐ diagnostisch (bei aktueller oder früherer Tumorerkrankung), bitte beschreiben:

Tumorpathologie (z.B. MSI, Immunhistochemie, Karyotyp,...):

Familienanamnese:

Rechnung an:

- ☐ Klinik - Patient(in) stationär
☐ Patient(in) (ambulant)
☐ **nur** mit beigefügter Kostengutsprache*
 an Krankenkasse / IV
 * bei fehlender Kostengutsprache Rechnung direkt an Patient(in)
☐ Sonstiges _____

☐ 1x EDTA-Vollblut 5-10 ml, A-Post ☐ DNA aus _____ ☐ Entnahmedatum: x _____

! Analysebeginn ☐ Sofort ☐ Nach Zustellung der Kostengutsprache an uns ☐ Nach erneuter Anmeldung

Genpanel-Analyse Hereditäres Mamma-/Ovarialkarzinom (gewünschte Analyse ankreuzen oder Gene einkreisen):

Kosten 2610 CHF Grundpreis (AL-Pos. 6241.60); allfällige Mehrkosten abhängig von Resultat bis ca. 900 CHF durch Zusatzpositionen 6241.55, 6241.56, 6001.03, 6009.09

☐ **Mammakarzinompanel** (Risiko >15% nach NCCN, 2.2021): BRCA1, BRCA2, ATM, CDH1, CHEK2, NF1, PALB2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53

☐ **Ovarialkarzinompanel**: BRCA1, BRCA2, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, RAD51C, RAD51D, STK11, plus PMS2 und EPCAM (beide mit limitierter Evidenz für ein erhöhtes Risiko nach NCCN 2.2021)

☐ **Brustkrebsgene gemäss SAKK-Empfehlung (2018)**: BRCA1, BRCA2, ATM, CDH1, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11, TP53

☐ Nur **BRCA1 und BRCA2**

☐ molekulargenetische Diagnostik folgender Gene: _____

Bestätigung des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters:

Ich stimme der genetischen Testung bezüglich der oben genannten Indikation sowie falls nicht anders vermerkt, der Aufbewahrung meiner Untersuchungsprobe zur Qualitätskontrolle und für allfällige künftig von mir gewünschte Analysen zu. Ich bestätige, dass ich diesbezüglich eine adäquate Beratung erhalten habe und genügend Zeit hatte Fragen zu stellen und meinen Entschluss zu fassen. Ich wurde ferner darauf hingewiesen, dass ich für die Begleichung der Rechnung verantwortlich bin, unabhängig von meiner Krankenkasse → siehe oben*.

Falls Sie zum medizinischen Erkenntnisgewinn und künftigen Fortschritt beitragen möchten, können Sie uns die Verwendung der anonymisierten Analyseergebnisse mit klinischer Symptomatik für wissenschaftl. Publikationen erlauben: Ich stimme zu ☐ Ja ☐ Nein;

X _____ X _____ X _____
 Ort Datum Unterschrift (Patient/gesetzl. Vertreter) Name in Blockschrift

Bestätigung des verordnenden Arztes:

Ich bestätige, dem o. g. Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen die verlangte Untersuchung auf angemessene Weise erklärt und seine Zustimmung erhalten zu haben.

_____ _____ _____ _____
 Ort Datum Unterschrift (verordnender Arzt) Name in Blockschrift



Swiss Accreditation | sas.admin.ch | SMTS 0067

Universität Zürich | Institut für Medizinische Genetik | Genetisches Diagnostiklabor
 Wagistrasse 12, 8952 Schlieren | Direktorin: Prof. Dr. med. Anita Rauch

+41 44 556 33 00 | labor@medgen.uzh.ch (HIN secured) | medgen.uzh.ch/labor

Labormanagerin: Alessandra Baumer, TP, PhD | alessandra.baumer@medgen.uzh.ch (HIN secured)