



Auftragsformular für Genetische Diagnostik

AD | Alzheimer-Demenz

Patient(in): ☐ ambulant ☐ stationär

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

☐ Weiblich ☐ Männlich [alternativ Patientenetikette aufkleben]

Adresse _____

Telefon _____

☐ Eilt zwecks Therapieentscheidung

Auftraggeber :

Name inkl. ABTEILUNG in Druckbuchstaben
und HIN E-Mail

Zusätzl. Berichtkopie an: (HIN E-Mail)

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

Patient(in) ist ☐ präsymptomatisch ☐ diagnostisch (bitte Symptome beschreiben): _____

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 _____

Erwachsene 5-10 ml, Versand des Vollblutes, ungekühlt, A Post

☐ EDTA-Vollblut _____ ml ☐ Biopsiematerial aus _____ ☐ sonstiges _____ Entnahmedatum: x _____

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

Analysen:

☐ **Frühmanifestierende Familiäre Alzheimer-Demenz** (Early-onset familial Alzheimer disease (EOFAD)):
 Parallele Sequenzanalyse der Gene *PSEN1*, *APP* & *PSEN2* sowie ggfs. MLPA-Analyse (ambulant Orphanantrag
 notwendig, Position 6264.60 und ggfs. 6264.55, allfällige Zusatzpos. 6001.03, 4700.00, 6009.09 und 6013.58; Gesamtkosten von ca.
 2700 CHF bis ca. 3600 CHF).

☐ **Alzheimer-Risikofaktor APOE4-Allel:**
 Analyse des *APOE*-Allelstatus durch Genotypisierung der Polymorphismen rs429358 und rs7412: (ambulant;
 Kosten mit obiger Analyse inklusive (über 6264.60); als Einzelanalyse ca. 550 CHF, Positionen 6264.56 und 6008.09, allfällige
 Zusatzpositionen 6001.03, 4700.00).

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 anonymi-
 sierten 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 Men-
 schen die verlangte Untersuchung auf angemessene Weise erklärt und seine Zustimmung erhalten zu haben.

Ort Datum Unterschrift (verordnender Arzt) Name in Blockschrift

14.1.0 | AD_Auftragsformular_2026_08_26 | Alzheimer_Demenz_GD



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

Ansprechpartner Labor: Dipl. Biol. Dennis Kraemer | dennis.kraemer@medgen.uzh.ch (HIN secured)