



Auftragsformular für Genetische Diagnostik

MODY | Maturity Onset Diabetes of the Young

Patient(in):

Auftraggeber:

Name inkl. ABTEILUNG und HIN E-Mail

Name, Vorname

Geburtsdatum

☐ Weiblich ☐ Männlich

[alternativ Patientenetikette aufkleben]

Adresse

Telefon

Zusätzl. Berichtkopie an: (HIN E-Mail)

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

Patient 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 _____

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

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

☐ **Genpanel-Analyse bezüglich Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY) Typ 1-7, 9-11:**

Gene: HNF4A, GCK, HNF1A, IPF1/PDX1, HNF1B, NEUROD1, KLF11, PAX4, INS, BLK

Kosten insgesamt gemäss Analysenliste 495 CHF bis ca. 3960 CHF (je nach Ergebnis der Grundanalyse)

Kostenübernahme durch die Krankenkasse nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes/ärztin („Orphan-Regelung“) (AL-Positionen 6001.03, 6299.60, 6299.55, 6299.56, 6009.09)

☐ **Überprüfung einer bekannten familiären Mutation** im Gen _____ Mutation: _____

Indexpatient Name, Vorname, Geb.: _____

☐ Falls Indexpatient nicht bei uns analysiert, bitte Befundkopie beifügen; Kosten für Überprüfung einer fam. Mutation 270-495 CHF

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

