



Eilt ! Zwecks Therapieentscheidung

FCL - Familiäre cholestatische Lebererkrankungen

<p>Patient(in): <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär alternativ <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich Patientenetikette aufkleben! Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Strasse: _____ PLZ, Wohnort: _____ Telefon: _____ Grundversicherung: _____</p>	<p>Einsender: Name, ABTEILUNG, inkl. HIN E-Mail-Adresse _____ _____ _____</p> <hr/> <p>Zusätzliche Befundkopie an: HIN E-Mail-Adresse _____</p>
--	---

Klinische Angaben: - unvollständig ausgefüllte Untersuchungsaufträge können nicht bearbeitet werden! -

Ethnische Abstammung: _____

Blutsverwandtschaft der Eltern: Nein Ja _____

Patient(in) ist: Präsymptomatisch Diagnostisch - bitte Symptome und Laborwerte angeben -

Familie Anamnese: - so ausführlich wie möglich -

Untersuchungsmaterial: Entnahmedatum: _____
Versand des Materials, ungekühlt per A-Post.

EDTA-Vollblut : _____ ml. (5-10 ml)

Biopsie-Material aus: _____

Sonstiges: _____

Gewünschte Untersuchungen → siehe Seite 2

15.1.0 | FCL_Familiäre_Cholestatische_Lebererkrankungen_GD_2026_04_22



FCL - Familiäre cholestatische Lebererkrankungen

Patientenetikette aufkleben !

Rechnung an :

- Klinik – stationär Patient(in) – ambulant
 Nur mit beigefügter Kostengutsprache an Krankenkasse / IV-Stelle
 - Bei fehlender Kostengutsprache geht Rechnung direkt an Patienten! -
 Sonstiges: _____

Gewünschte Analyse(n) :

- BSEP-Sequenzanalyse** (ABCB11) **MRP2-Sequenzanalyse** (ABCC2)
 FIC1-Sequenzanalyse (ATP8B1) **OATP1B1-Sequenzanalyse** (SLCO1B1)
 MDR3-Sequenzanalyse (ABCB4) **OATP1B3-Sequenzanalyse** (SLCO1B3)
 Sonstige Gene: _____
 Überprüfung einer bekannten familiären Mutation im Gen: _____

Mutation: _____

Indexpatient: Name, Vorname, Geb.: _____

- ↳ Falls der Indexpatient nicht bei uns analysiert wurde, bitte Befundkopie und/ oder ggf. eine Positivkontrolle des Indexfalls beifügen
 (Kosten für die Überprüfung einer fam. Mutation ca. 270-495 CHF).

AL-Positionen für das Kostengutsprachege such und Kostenübersicht :

Kosten für 1 bis 10 Gene: ca. 2'700-3'500 CHF

Hinweis: Je nach Befund können zusätzlich die Positionen 6299.56 | 6299.55 | 6009.09 | 6013.58 berechnet werden.

	AL-Position:	Kosten:
DNA / RNA Extraktion (pro Primärprobe)	6001.03	54.90 CHF
Auftragstaxe bei ambulanten externen Aufträgen	4700.00	21.60 CHF
Hochdurchsatzsequenzierungen (1-10 Gene)	6299.60	2'610.00 CHF
	6299.56	193.50 CHF
	6299.55	315.00 CHF
	6009.09	184.50 CHF
	6013.58	193.50 CHF

Analysebeginn:

- Sofort Nach Zustellung der Kostengutsprache an uns Nach erneuter Anmeldung

Dauer der Untersuchung : - in der Regel -

ca. 30-45 Arbeitstage

Einwilligungserklärung und Unterschriften → siehe Seite 3

Einwilligungserklärung gemäss dem Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG)

Patient(in) :

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich

1. mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial sowie der Durchführung der genetischen Tests bezüglich der vorherig genannten Indikationen einverstanden bin, über die Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, allfällige Fragen zu besprechen.
- 2^{*)} mit der Aufbewahrung des verbleibenden Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung über den gesetzlich vorgeschriebenen Zeitrahmen hinaus einverstanden bin, jedoch keinen Anspruch auf Aufbewahrung erhebe.
- 3^{*)} meine Daten für die Qualitätssicherung, Optimierung des Tests in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern und Firmen, und wissenschaftliche Fragen zur Verfügung stelle.
- 4^{*)} mit der Verwendung der Angaben zur Indikation und Untersuchungsergebnisse in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen einverstanden bin.
5. die Kosten für die gewünschten Tests, wie auf Seite 1 und 2 angegeben, zur Kenntnis genommen habe und anerkenne, dass ich unabhängig von einer eventuellen Kostenübernahme durch die Krankenkasse für die Bezahlung der Rechnung verantwortlich bin.
6. ich mich damit einverstanden erkläre, die zusätzlichen Kosten für weitere spezifische Untersuchungen zu tragen sofern diese angemeldet oder notwendig sind.

**1) Bitte streichen Sie diesen Punkt, falls Sie damit nicht einverstanden sind.*

Ich wurde ferner darauf hingewiesen, dass

- sollte ich anders entscheiden, ich ein Recht auf Nicht-Wissen der Analyseergebnisse habe.

Ort, Datum : _____

Unterschrift Patient(in)/ gesetzlicher Vertreter : _____
[Name in Blockschrift]

Aufklärung und fachkundige Beratung zur Familiäre cholestatische Lebererkrankungen gemäss dem Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

dass ich obengenannten Patienten oder seinen gesetzlichen Vertreter beraten, die verlangte Untersuchung auf angemessene Weise erklärt und dessen Zustimmung erhalten habe.

Ort, Datum : _____ Unterschrift aufklärende*r Arzt/Ärztin : _____
[Name in Blockschrift]