



Auftragsformular für Genetische Diagnostik

HA | Hereditäre Amyloidose

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.: _____ Blutsverwandschaft 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: (Einzelgenanalysen 6299.56, Panel 6299.60 (bei TTR-Polyneuropathie 6253.56), allfällige Zusatzpositionen: 6001.03, 4700.00, 6008.09 und 6013.58)

- ☐ **TTR-Mutationsanalyse** (Kosten bis ca. 940 CHF, ambulant Orphan-Antrag an Krankenkasse notwendig)
- ☐ **APOA1-Mutationsanalyse** (Kosten als Zusatz zu TTR 580 CHF, als Einzelanalyse bis zu ca. 750 CHF, ambulant Orphan-Antrag)
- ☐ **FGA-Hotspot-Analyse (beschriebener Teilbereich Exon 5)** (Kosten bis 360 CHF, ambulant Orphan-Antrag)
- ☐ Sonstiges einzelnes Amyloidose-Gen: _____ (ambulant Orphan-Antrag)
- ☐ **Amyloidose-Panel** mit paralleler Mutationsanalyse der Gene **APOA1, APOA2, B2M, FGA, GSN, LYZ, TTR**
(Sequenzanalyse des kodierenden Bereichs auf amyloidogene Mutationen, Kosten ca. 2700 bis 3000 CHF, ambulant Orphan-Antrag)
- ☐ **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



Swiss Accreditation | sas.admin.ch | SMTS 0067

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

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