



Auftragsformular für Genetische Diagnostik

HBG | Hereditäre Bindegewebserkrankungen

Patient(in): ☐ ambulant ☐ stationär

Name, Vorname

Geburtsdatum

☐ Weiblich ☐ Männlich

[alternativ Patientenetikette aufkleben]

Adresse

Telefon

- ☐ **Eilt** Schwangerschaft _____ SSW
☐ **Eilt** zwecks Therapieentscheidung

Auftraggeber:

Name inkl. ABTEILUNG und **HIN E-Mail**

Verordn. >10 Gene nur durch FMH Med. Genet.

Zusätzl. Berichtkopie an: (HIN E-Mail)

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

Patient(in) ist ☐ gesund ☐ symptomatisch (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 _____

Säuglinge je 1-2 ml, jüngere Kinder 2-3 ml, ältere Kinder und Erwachsene 5-10 ml, Versand des Vollblutes, ungekühlt, A Post

- ☐ EDTA-Vollblut _____ ml ☐ Heparin-Vollblut _____ ml für Chromosomenpräparate ☐ PAXgene RNAtube 2.5 ml
☐ Biopsiematerial aus _____ ☐ sonstiges _____ Entnahmedatum: **x** _____

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

! Verdacht auf:

- ☐ **Marfan*** / **EDS*** / **Cutis laxa** / **DD** (Exompanel 1 - siehe Seite 2) Marfan: AL 6210.61 (11-100 Gene) / EDS: AL 6212.61 (11-100 Gene)
☐ * mittels NGS werden die Exone 2-31 des *TNXB*-Gens untersucht. Bitte ankreuzen, falls die Sequenzierung des gesamten Gens (inkl. MLPA Analyse) gewünscht ist.
- ☐ **Osteogenesis imperfecta** (Exompanel 2 - siehe Seite 2) OI: AL 6213.61 (11-100 Gene)
- ☐ **TAAD*** (Exompanel 3 - siehe Seite 2) TAAD: AL 6210.61 (11-100 Gene)
☐ * mittels NGS werden die Exone 2-31 des *TNXB*-Gens untersucht. Bitte ankreuzen, falls die Sequenzierung des gesamten Gens (inkl. MLPA Analyse) gewünscht ist.
- ☐ **Seltene Bindegewebserkrankungen** AL 6217.60 (1-10 Gene), 6218.61(11-100 Gene), 6218.62 (>100 Gene)
AL-Zusatzpos.: 6211.55, 6213.55, 6217.55, 6001.03, 6009.09, 6013.58, 4700.00; Kosten insgesamt ca. 2970-5130 CHF
- ☐ Einzelne Gene / zusätzl. Gene: _____
- ☐ Bekannte familiäre Variante: _____
- ☐ Befund beilegen ☐ Befundung bei Institut für Medizinische Genetik | UZH

☐ **Orphan-Erkrankungen** AL-Pos.: 6299.60 (1-10 Gene), 6299.61 (11-100 Gene), 6299.62 (>100 Gene)
AL-Zusatzpos.: 6299.55, 6001.03, 6009.09, 6013.58, 4700.00; Kosten ca. 2610-5130 CHF

☐ **M. Fabry**, ☐ **Pseudoxanthoma elasticum**, ☐ **Stickler S**, ☐ _____

12.1.0 | HBG_Auftragsformular_2026_08_26 | Hereditäre_Bindegewebserkrankungen_MD



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)



Exompanel 1: **Marfan / EDS / Cutis laxa / DD assoziierte* Gene:**

ABCC6	C1S	COLGALT1	HCN4	MYH11	SMAD4
ABCD4	CBS	CSGALNACT1	IPO8	MYLK	SMAD6
ABL1	CHRD1	DCHS1	JAG1	NKAP	SOX18
ACTA2	CHST14	DLG4	LIG4	NKX2-2	STAT1
ACVR1	CHST3	DSE	LMBRD1	NOTCH1	TAB2
ACVRL1	COL11A1	EFEMP2	LOX	NOTCH3	TGFB1
ADAMTS10	COL12A1	ELN	LTBP1	PKD2	TGFB2
ADAMTS17	COL18A1	EMILIN1	LTBP2	PLOD1	TGFB3
ADAMTS2	COL1A1	ENG	LTBP3	PLOD3	TGFB3R1
ADAMTSL4	COL1A2	ENPP1	LTBP4	PRDM5	TGFB3R2
AEBP1	COL2A1	FBN1	MAPK8	PRKG1	THSD4
ALDH18A1	COL3A1	FBN2	MAT2A	PYCR1	TIMP1
ARIH1	COL4A1	FGFR3	MATN3	RIN2	TIMP3
ATP6V0A2	COL4A5	FKBP14	MED12	ROBO4	TNXB
ATP6V1A	COL5A1	FLCN	MFAP5	RUNX2	UPF3B
ATP6V1E1	COL5A2	FLNA	MMACHC	RYR1	VCAN
ATP7A	COL6A1	FOXE3	MMADHC	SEPN1	XYLT1
B3GALT6	COL6A2	GATA5	MMP2	SKI	XYLT2
B3GAT3	COL6A3	GJA1	MSTN	SLC2A10	ZDHHC9
B4GALT7	COL9A1	GLA	MTHFR	SLC39A13	ZNF469
BGN	COL9A2	GORAB	MTR	SMAD2	
C1R	COL9A3		MTRR	SMAD3	

*: inklusiv Gene mit starker- bis schwacher Assoziation mit Marfan / EDS / Cutis laxa / DD

Exompanel 2: **Osteogenesis Imperfecta assoziierte* Gene:**

ALPL	CLCN5	GORAB	PLOD2	SLC2A2	TMEM38B
ANOS	COL1A1	IFITM5	PLS3	SLC34A2	TRIP11
ARCN1	COL1A2	LEPRE1 (P3H1)	PPIB	SOX9	WNT1
ATP6V0A2	CREB3L1	LRP5	PYCR1	SP7	XYLT2
B3GAT3	CRTAP	MBTPS2	RUNX2	SPARC	ZNF469
B4GALT7	DSP	NBAS	SEC24D	STAT3	
BMP1	FGF23	NTRK1	SERPINF1	TAPT1	
CASR	FGFR2	P4HB	SERPINH1	FAM46A (TENT5A)	
CCDC134	FKBP10	PHOX	SLC26A2	THSD4	

*: inklusiv Gene mit starker- bis schwacher Assoziation mit Osteogenesis Imperfecta

Exompanel 3: **TAAD (Thorakale Aortenerkrankungen) assoziierte* Gene:**

ABCC6	B4GALT7	COL9A1	GATA5	MYLK	SOX18
ABL1	BGN	COL9A2	GJA1	NKX2-2	TAB2
ACTA2	C1R	COLGALT1	GORAB	NOTCH1	TGFB2
ACVR1	C1S	CSGALNACT1	HCN4	PLOD1	TGFB3
ACVRL1	CBS	DSE	JAG1	PLOD3	TGFB3R1
ADAMTS10	CHST14	EFEMP2	LOX	PRDM5	TGFB3R2
ADAMTS17	COL11A1	ELN	LTBP1	PRKG1	THSD4
ADAMTS2	COL18A1	EMILIN1	LTBP3	PYCR1	TIMP1
ADAMTSL4	COL1A1	ENG	LTBP4	ROBO4	TIMP3
ALDH18A1	COL1A2	ENPP1	MAPK8	SKI	TNXB
ARIH1	COL2A1	FBN1	MAT2A	SLC2A10	UPF3B
ATP6V0A2	COL3A1	FBN2	MATN3	SLC39A13	VCAN
ATP6V1A	COL4A1	FKBP14	MED12	SMAD2	ZDHHC9
ATP6V1E1	COL4A5	FLNA	MFAP5	SMAD3	ZNF469
ATP7A	COL5A1	FOXE3	MSTN	SMAD4	
B3GAT3	COL5A2		MYH11	SMAD6	

*: inklusiv Gene mit starker- bis schwacher Assoziation mit TAAD

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 Seite 1***.

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