

Medizinische Genetik Hereditäre Tumorerkrankung

Bitte Felder schwarz markieren: ☐ richtig ☒ falsch

Patientenetikette	Patient*in Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ ☐ männlich ☐ weiblich Adresse _____ PLZ, Ort _____ Sozialvers.-Nr. _____		Adresse oder Stempel (Druckbuchstaben): Befundkopien an: _____ Behandlungsart: ☐ Konsultation/Besuch ☐ Vorsorge/Prävention ☐ Schwangerschaft Rechnung an: ☐ Versicherung ☐ Auftraggeber ☐ ambulant ☐ stationär ☐ Andere: _____ Versicherung _____ Versicherten-/Schadens-/ IV-Verfügungs-Nr. _____	
	Einverständniserklärung Mit seiner Unterschrift bestätigt der anfordernde Arzt, dass er die betroffene Person nach den geltenden gesetzlichen Vorschriften aufgeklärt und ihr Einverständnis eingeholt hat (einschliesslich bezüglich der Analysekosten, welche allenfalls von der Krankenkasse nicht übernommen werden). Für molekulargenetische Analysen wird eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten benötigt. Formulare können wir Ihnen gerne zukommen lassen. Ort / Datum: _____ Unterschrift des anfordernden Arztes: _____			
	Entnahmedatum und -zeit Tag ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 Monat ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 Uhrzeit: _____			
	Untersuchungsmaterial ☐ EDTA-Vollblut ☐ DNA (Nr. _____) (Kinder, Erwachsene 5-10ml; Kleinkinder min. 1ml; Versand ungekühlt, A-Post)			
Tagesnummer (für Labor reserviert)	Klinische Angaben / Bemerkungen / Diagnosen Indexpatient*in: ☐ Ja ☐ Nein Falls Nein: Name / Geburtsdatum / Verhältnis zum Indexpatienten: _____ Ethnie: _____ Blutsverwandtschaft der Eltern: ☐ Ja ☐ Nein Patient*in ist: ☐ gesund/präsymptomatisch ☐ diagnostisch/symptomatisch (bitte beschreiben)			
	Tumorpathologie / vorgängige Diagnostik: (z.B. MSI, Immunhistochemie...)			
	Stammbaum / Familienanamnese:			
IKCH21	Analysenbeginn: ☐ Sofort ☐ Nach Zustellung der Kostengutsprache (Bitte Kopie an uns) ☐ Zunächst nur asservieren (DNA-Banking)		Kontakt: MSc Yannick Gerth, FAMH Med. Genetik Tel. +41 58 580 93 68 yannick.gerth@zlmsg.ch	

Die Kosten für die Analyse mittels NGS betragen CHF 2610.- für 1-10 Gene (EAL-Nr. 62xx.60), CHF 2970.- für 11-100 Gene (EAL 6248.61) sowie CHF 3420.- für >100 Gene (EAL 6248.62); zzgl. DNA- oder RNA-Extraktion pro Primärprobe (EAL 6001.03; CHF 54.90.-) sowie ggfs. MLPA (EAL 62xx.55; CHF 315.-) und/oder Bestätigung mittels Sanger-Sequenzierung (EAL 6013.58; CHF 193.50.-). Die Verordnung einer Analyse von >10 Genen muss gemäss eidgenössischer Analysenliste (EAL) durch einen Arzt mit einem FMH-Titel Medizinische Genetik erfolgen. Für eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist ein vorgängiger Kostengutsprache-Antrag an den Versicherten notwendig. Für Keimbahnuntersuchungen wird eine Einverständniserklärung nach GUMG benötigt, Formulare können wir Ihnen gerne zukommen lassen.

Kostengutsprache: ☐ liegt vor ☐ beantragt ☐ abgelehnt ☐ Wiedererwägung

Hinweise

- # EAL 6247.60 (Seltene erbliche Tumorerkrankungen
1-10 Gene)
- \$ EAL 6248.61 (Mendelsche erbliche Tumorerkrankungen; 11-100 Gene; Verordnung nur durch FMH Med. Genetik)
- * Del/Dup im 3'-UTR (MLPA)
- ** Sanger-Sequenzierung

☐ nur DNA-Extraktion / DNA-Banking (EAL 6001.03; CHF 54.90)

☐ Molekulargenetische Diagnostik folgender Gene: _____

☐ MLPA (EAL 62xx.55; CHF 315.-): _____

☐ Trägerschaftsabklärung auf familiäre / spezifische Mutation mittels Sanger-Sequenzierung resp. MLPA (bitte exakte Variante angeben; evtl. Befundkopie beilegen; falls vorhanden, Blut-/DNA-Probe des Indexpatienten beilegen; zzgl. 6001.03 CHF 54.90.- und 6008.09 CHF 90.-):

Gen: _____ Mutation: _____

Genliste	ABRAXAS1, ACD, AIP, AKT1, APC, ATM, BAP1, BARD1, BLM, BMPRIA, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CASR, CDC73, CDH1, CDK4, CDKN1B, CDKN2A,
TruSight	CEBPA, CHEK2, CTRC, DDB2, DICER1, DIS3L2, EPCAM, ERCC1, ERCC2, ERCC3, ERCC4, ERCC5, FANCB, FANCA, FANCD2, FANCE, FANCF, FANCG, FANCI, FANCL, FANCM, FL, FLCN, GALNT12, GATA2, GPC3, GREM1, HOXB13, KIF1B, KIT, LZTR1, MAX, MEN1, MET, MIF, MLH1, MRE11A,
Hereditary	MSH2, MSH3, MSH6, MUTYH, NBN, NF1, NF2, NSD1, NTHL1, PALB2, PDGFRA, PHOX2B, PIK3CA, PMS2, POLD1, POLE, POT1, PRKARIA, PTCH1,
Cancer Panel	PTEN, RAD50, RAD51, RAD51B, RAD51C, RAD51D, RB1, RECQL4, RET, RHBDF2, RINT1, RUNX1, SDHA, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, SLX4,
(113 Gene)	SMAD4, SMARCA4, SMARCB1, SMARCE1, SPINK1, SPRED1, STK11, SUFU, TERF2IP, TERT, TMEM127, TP53, TSC1, TSC2, VHL, WT1, XPA, XPC, XRCC2

Einverständniserklärung zu genetischen Untersuchungen

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Erkrankung/klinische Befunde: _____

Genetische Analyse(n): _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich im Rahmen einer genetischen Beratung gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) über die verschiedenen Aspekte der geplanten genetischen Untersuchungen aufgeklärt worden bin. Ich habe die Informationen verstanden und hatte die notwendige Bedenkzeit um meine Entscheidung zu treffen. Ich gebe meine Einwilligung für die Durchführung der vorgeschlagenen medizinisch-genetischen Laboruntersuchungen bei mir resp. bei meinem Kind/Mündel.

Kosten: Ich wünsche die oben aufgeführten Untersuchung(en)
nur im Falle einer Pflichtleistung bzw. bei erteilter Kostengutsprache.
auch bei fehlender Kostengutsprache (ich trage die Kosten notfalls selbst).

Resultate: Ich möchte informiert werden
nur über die Ergebnisse der Untersuchung im Zusammenhang mit meiner Fragestellung.*
auch über Zufallsbefunde (Überschussinformation) mit möglicher Bedeutung für die eigene Gesundheit oder die von Angehörigen.*
auch über Anlageträgerschaft für rezessive Erkrankungen.
anderes/Bemerkungen: _____

* bei Genom-/Exom-weiten Analysen

Aufbewahrung: Asservierte Untersuchungsproben und relevante Analysendaten werden als Teil des Patientendossiers und zur Qualitätssicherung, sofern möglich, 20 Jahre aufbewahrt.

Ich gebe darüber hinaus mein Einverständnis, dass meine Daten und Proben **verschlüsselt (pseudonymisiert)** weiterverwendet werden dürfen:

- Zur diagnostischen Validierung von Geräten und neuen Untersuchungsverfahren.
 - Zu Aus-/Weiter- und Fortbildungszwecken.
- für eventuelle Forschungsprojekte (gesonderte Einwilligung erforderlich).

Unterschrift: _____
(Eltern/rechtliche Vertreter wo nötig)

Ort, Datum: _____

Aufklärende klinische Fachperson

Ich bestätige, die oben genannte(n) Person(en) gemäss dem geltenden Gesetz über genetische Untersuchungen am Menschen (GUMG) über die genannte(n) genetische(n) Analyse(n) aufgeklärt zu haben und allfällige Fragen beantwortet zu haben.

Name/Vorname: _____

Stempel: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____