



Anmeldeformular für Genetische Diagnostik
MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young)

Patient(in):

Auftraggeber (Druckbuchstaben):

Name, Vorname Geburtsdatum

Weiblich Männlich [alternativ Patientenetikette aufkleben]

Zusätzl. Berichtkopie an:

Adresse Telefon

symptomatisch / gesund Ethnische Abst.: _____

Blutsverwandschaft der Eltern Nein Ja _____

Material EDTA-Vollblut 5-10 ml, A-Post DNA aus _____

zunächst nur asservieren sofortiger Analysebeginn

Klinische Angaben / Stammbaum / Verdacht auf:

Rechnung an:

- Patient
 Krankenkasse (nur bei beigefügter Kopie der Kostengutsprache)
 Klinik / Auftraggeber

Genpanel-Analyse bezüglich Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY) Typ 1-11:

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

Kosten insgesamt gemäss Analysenliste 3000 CHF bis ca. 4400 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 2021.00, 2860.01, 2460.00, 2560.00, 2920.00)

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 300-500 CHF

Bestätigung des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters:

Ich stimme der genetischen Testung bezüglich der oben genannten Indikation sowie der Aufbewahrung der Proben zur Qualitätskontrolle und für allfällige zukünftige Analysen in meinem Interesse zu. Ich bestätige, dass ich diesbezüglich eine adäquate Beratung erhalten habe und genügend Zeit hatte, Fragen zu stellen und meinen Entschluss zu fassen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich bei unklarer Kostenübernahme durch die Versicherer für die Übernahme der Kosten verantwortlich bin.

Die klinischen Daten und die Analyseergebnisse dürfen für wissenschaftliche Publikationen verwendet werden Ja Nein

Proben und Daten dürfen zur weiteren kostenlosen Aufklärung meiner Erkrankung incl. Publikation verwendet werden Ja Nein

- Über klinisch relevante Ergebnisse aus einer allfälligen weiteren Analyse meiner Probe möchte ich informiert werden Ja Nein

Ort Datum X
Unterschrift (Patient/gesetzl. Vertreter)

Bestätigung des zuweisenden Arztes:

Ich bestätige, dem o. g. Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (Art. 18 GUMG) die verlangte Untersuchung auf angemessene Weise erklärt und seine Zustimmung erhalten zu habe.

Ort Datum X
Unterschrift (zuweisender Arzt)

