



Angaben zu Versicherung:

Med. Genetik 8 5300
labormedizin.genetik@ksa.ch

Rechnung an:

- Patient
- Auftraggeber
- Versicherung

Ohne Angaben geht die Rechnung an den Auftraggeber.

Zuständige Ärztin/zuständiger Arzt

Kopie:.....

Datum/Zeit der Probenentnahme

Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20	30
Monat	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Stunde	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20
Minute	00	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55

Material (Pflichtangabe) – ohne Trenngel/Kügelchen

- peripheres Blut (EDTA)
- Knochenmark (EDTA)
- peripheres Blut (Heparin)
- Knochenmark (Heparin)

Genetik bei hämatologischen Neoplasien (Keimbahndiagnostik siehe Rückseite)

Indikation /
Klinische Angaben:

Mit der Erteilung des Auftrags bestätigt die Ärztin/der Arzt, dass der/die Patient/in über die Möglichkeit eines Keimbahn-zufallsbefundes informiert wurde.

- Zytotoxische Therapie erfolgt
- nach allo-SZT
- Spendergeschlecht:
- Erstdiagnose
- Rezidiv
- Verlauf
- Visum Ärztin/Arzt:

Bei Erstdiagnose/Rezidiv wird die komplette Genetik entsprechend der aktuellen Leitlinien durchgeführt; weitere Informationen siehe <https://dgvademecum.ksa.ch/>
Annahmezeiten Proben genetische Diagnostik bei Neoplasien: Molekulargenetik Mo-Fr (Fr bis 16:00); Zytogenetik Mo-Do (Do bis 14:00);
Notfälle bitte anmelden Tel 062 838 6107 (Zytogenetik)

Erstdiagnose – Rezidiv	Unklare Fragestellung / Asservieren
Notfall-FISH (bitte telefonsich anmelden)	<input type="checkbox"/> Aufbewahrung Heparinprobe für 1-2 Tage (gratis) Heparin
<input type="checkbox"/> ALL: BCR::ABL t(9;22) Heparin	<input type="checkbox"/> Asservieren Molekulargenetik EDTA
<input type="checkbox"/> AML/APL: PML::RARA t(15;17) Heparin	<input type="checkbox"/> Asservieren Zytogenetik (bitte Fragestellung angeben) Heparin
<input type="checkbox"/> CML: BCR::ABL t(9;22) Heparin	<input type="checkbox"/> myeloisch <input type="checkbox"/> lymphatisch
<input type="checkbox"/> ALL: Zytogenetik + Molekulargenetik Heparin EDTA	Asservieren für Keimbahnfragestellung: bitte Rückseite verwenden
<input type="checkbox"/> AML: Zytogenetik + Molekulargenetik Heparin EDTA	Verlaufsanalysen
<input type="checkbox"/> CLL:IGHV-Mutationsstatus EDTA	<input type="checkbox"/> M-BCR, m-BCR (CML) EDTA
<input type="checkbox"/> CLL optional: Chromosomenanalyse Heparin	<input type="checkbox"/> M-BCR, m-BCR (ALL) EDTA
<input type="checkbox"/> CLL optional: NGS- + FISH-Panel CLL Heparin EDTA	<input type="checkbox"/> BCR-ABL-Resistenzmutationen EDTA
<input type="checkbox"/> CML: Zytogenetik + Hemavision7Q Heparin EDTA	<input type="checkbox"/> IGH/TCR Rearrangement (inkl. IKZF1 Deletion falls vorhanden) EDTA
<input type="checkbox"/> Eosinophilie: FISH-Panel Heparin EDTA	<input type="checkbox"/> PML-RARA bcr1, bcr2 EDTA
<input type="checkbox"/> Mastozytose erweitert/AHN: Zytogenetik + KIT D816V + NGS-Panel myeloisch Heparin EDTA	<input type="checkbox"/> NPM1 Typ A, B, D EDTA
<input type="checkbox"/> MDS: Zytogenetik + Molekulargenetik Heparin EDTA	<input type="checkbox"/> CBFB-MYH11 EDTA
<input type="checkbox"/> MDS/MPN (u.a. CMML): Zytogenetik + Molekulargenetik Heparin EDTA	<input type="checkbox"/> RUNX1-RUNX1T1 EDTA
<input type="checkbox"/> MPN: Hemavision7Q, MPN Treibervarianten EDTA	<input type="checkbox"/> IDH1/IDH2 Varianten (dPCR):
<input type="checkbox"/> MPN optional: Chromosomenanalyse Heparin	<input type="checkbox"/> FLT3-TKD (dPCR) EDTA
<input type="checkbox"/> MPN optional: NGS-Panel myeloisch EDTA	<input type="checkbox"/> patientenspezifischer Marker mit dPCR:
<input type="checkbox"/> Plasmazellmyelom: Zytogenetik + Molekulargenetik Heparin EDTA	<input type="checkbox"/> NGS im Verlauf (nur bekannte Varianten) EDTA
Einzelanalysen Molekulargenetik	<input type="checkbox"/> NGS im Verlauf (ganzes Panel) EDTA
<input type="checkbox"/> NGS-Panel LPL (Morbus Waldenström) EDTA	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse (Standortbestimmung) Heparin
<input type="checkbox"/> NGS-Panel lymphatisch EDTA	<input type="checkbox"/> FISH-Analyse
<input type="checkbox"/> NGS-Panel myeloisch EDTA	Pharmakogenetik
<input type="checkbox"/> NGS-Panel XL (myeloisch+lymphatisch) EDTA	<input type="checkbox"/> DPYD Typisierung EDTA
<input type="checkbox"/> BRAF V600E quantitativ (HZL) EDTA	<input type="checkbox"/> UGT1A1 Typisierung EDTA
<input type="checkbox"/> KIT D816V quantitativ EDTA	<input type="checkbox"/> TPMT Typisierung EDTA
<input type="checkbox"/> JAK2 V617F quantitativ EDTA	Weitere Abklärungen auf Anfrage
<input type="checkbox"/> MYD88 L265P quantitativ EDTA	Molekulare Pathologie *2
<input type="checkbox"/> Hemavision 7Q (rekurrente Translokationen inkl. t(9;22)) EDTA	NGS für folgende Fragestellung
<input type="checkbox"/> B-Zell-Klonalität EDTA	<input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> RAS-Status <input type="checkbox"/> komplettes Panel (>160Gene)
<input type="checkbox"/> T-Zell-Klonalität EDTA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HaT (hereditäre alpha-Tryptasämie) - Keimbahndiagnostik EDTA	FISH <input type="checkbox"/> HER2 <input type="checkbox"/> MDM2 <input type="checkbox"/> Lunge
Einzelanalysen Zytogenetik	<input type="checkbox"/> MYC, BCL2, BCL6 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse (myeloisch) Heparin	<input type="checkbox"/> Urovison
<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse (lymphatisch) <input type="checkbox"/> B-Zellen <input type="checkbox"/> T-Zellen Heparin	
<input type="checkbox"/> FISH für	

*1 Material wird spätestens Freitagvormittag verworfen Analyse wird extern durchgeführt *2 in Kooperation mit Institut für Pathologie/KSA

Medizinische Genetik

KSA - 165 - 03.2026 - V11 / KAISER DATA

Genetik bei erblichen Erkrankungen

Klinische Angaben/Indikation/Fragestellung: postnatal/diagnostisch pränatal prädiktiv/präsymptomatisch

Bitte unbedingt angeben!

Angaben zur Kostenübernahme: Kostengutsprache liegt vor (bitte beilegen) Selbstzahler bis _____ CHF
Analysenbeginn: sofort erst nach Eingang der Kostengutsprache

Zytogenetische Diagnostik	Heparin	Molekulargenetische Diagnostik	EDTA	
<input type="checkbox"/> Fertilitätsabklärung <input type="checkbox"/> Klinefelter Syndrom <input type="checkbox"/> Turner Syndrom <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse <input type="checkbox"/> Schnell-FISH Trisomie 21 oder Chr: _____ (nur mit tel. Voranmeldung Tel: #6107) <input type="checkbox"/> _____		Material asservieren <input type="checkbox"/> DNA Asservierung Häufig angeforderte Analysen <input type="checkbox"/> Faktor 5 (FV-Leiden) #6 <input type="checkbox"/> Faktor 2 (Prothrombin G20210A) #6 <input type="checkbox"/> Familiäres Mittelmeerfieber (MEFV, häufigste Mutationen) #5 <input type="checkbox"/> HLA-B27 #6 <input type="checkbox"/> Hämochromatose, HFE (C282Y, H63D) #5 <input type="checkbox"/> M. Meulengracht (UGT1A1*28) #1	<input type="checkbox"/> Noonan Syndrom (Core-Gene) #2 <input type="checkbox"/> HNPP/CMT1A (PMP22 Del/Dup) #3 <input type="checkbox"/> MODY (Core-Gene) #2,3 <input type="checkbox"/> MEN1 #2,3 <input type="checkbox"/> Neurofibromatose #2,3 <input type="checkbox"/> Hypert. Kardiomyopathie (Core Gene) #2,3 <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie (Core Gene) #2,3 Thalassämieabklärung, genetisch: <input type="checkbox"/> alpha-Thalassämie #1,3 <input type="checkbox"/> beta-Thalassämie #1,3 <input type="checkbox"/> Brustkrebs (BRCA1, BRCA2, PALB2) <input type="checkbox"/> Brustkrebs erweitert (TU02) #2	
<input type="checkbox"/> Chromosomaler Microarray CGH ^o	EDTA			
<input type="checkbox"/> Aufbewahrung Heparinprobe für 1-2 Tage (gratis)	Heparin			

Molekulargenetische NGS-Panels und Exom-Diagnostik (Individuelle Beauftragung)

Für Erkrankungen aus allen im untenstehenden Testkatalog aufgeführten Bereichen bieten wir Sequenzierungen an – von einzelnen Genen über spezialisierte Panels bis hin zur umfassenden Exom-Diagnostik (inklusive TRIO-Exom). Vorgefertigte Genpanels können dabei ausgewählt oder Genlisten individuell zusammengestellt werden. Das vollständige Leistungsangebot sowie erkrankungsspezifische Auftragsformulare finden Sie auf unserer Webseite: www.ksa.ch/labormedizin → Medizinische Genetik → Leistungsangebote
 Bei Fragen kontaktieren Sie uns bitte unter Labormedizin.Genetik@ksa.ch oder telefonisch unter 062 838 53 00.

- Blut, Gerinnung, Immunsystem
- Haut und Bindegewebserkrankungen
- Metabolische und endokrine Krankheiten
- Erbliche Tumorerkrankungen
- Entwicklungsstörungen, Syndrome und Epilepsien
- Kardiologische Erkrankungen
- Nephrologische Erkrankungen
- Neurologische Erkrankungen

Beauftragung der Gene/Panels: Panel (ggf. Nr): _____
 Gene/Genliste: _____

Trägerschaftsanalyse Bitte genetische Befunde des Index beilegen!
Gen/Variante: _____

Einverständniserklärung für genetische Untersuchung(en) nach GUMG:

Ich bestätige hiermit, dass ich im Rahmen einer genetischen Beratung über die verschiedenen Aspekte der genetischen Untersuchung aufgeklärt wurde. Es wurde mir ausreichend Zeit für Fragen und die nötige Bedenkzeit gegeben. Mein Arzt hat mich informiert, dass ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Ich gebe meine Einwilligung für die Durchführung der hier angeforderten genetischen Analyse(n) für folgende Erkrankung:

_____ pränatal postnatal prädiktiv/präsymptomatisch

Mitteilung von Zufallsbefunden: (Ergebnisse, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen). Ich möchte wie folgt informiert werden: (Falls Sie diese Fragen nicht beantworten, gehen wir davon aus, dass Sie NICHT über Zufallsbefunde orientiert werden möchten.)

- Veranlagung für Erkrankungen, für die eine Vorsorge und/oder Behandlung bekannt sind JA NEIN
- Veranlagung für Erkrankungen, für die es zur Zeit keine Vorsorgemassnahmen und/oder Behandlung gibt JA NEIN
- Überträgerstatus für rezessive Erkrankungen, welche bei den Nachkommen oder in der Verwandtschaft auftreten könnten JA NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe und meine Untersuchungsergebnisse (Rohdaten):

- Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag ggf. an ein spezialisiertes med. Kooperationslabor weitergeleitet wird. JA NEIN
- für allfällige Nachuntersuchungen aufbewahrt werden. Für zukünftige Untersuchungen ist mein Einverständnis nötig. (Ansonsten wird das Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet.) JA NEIN
- in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt werden können. JA NEIN
- für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können. Wir werden Sie dann gegebenenfalls für die genauere Angaben kontaktieren. JA NEIN

Ort, Datum: _____ X _____
 Unterschrift Patient/in bzw. Eltern/rechtlicher Vertreter Unterschrift Ärztin/Arzt (Name in Druckschrift)

Bitte beachten Sie: alle hier geforderten Angaben sind unbedingt erforderlich, also auch Unterschriften von Ärztin/Arzt und Patient/in.

^o Analyse wird extern durchgeführt #1 Sanger-Seq #2 NGS #3 MLPA (bei Panels: wenn vorhanden) #5 Streifenassay #6 Schmelzkurvenanalyse #7 Fragmentanalyse