MEDIZINISCHES LABOR invenimus

Industriestrasse 30 | 8302 Kloten
Tel 044 800 10 20 | Fax 044 800 10 29
info@invenimus.ch | www.invenimus.ch

Pharmakogenetik OKP Auftragsformular

Patientendaten

PSASI

Pharmakologische Supervision, Dr. med. Ali Sigaroudi
FMH Klinische Pharmakologie & Toxikologie

Name ----------

Vorname ----------

Strasse/Nr. ----------

PLZ/Ort ----------

E-Mail ----------

Geburtsdatum

Geschlecht ☐ W ☐ M

PatientenNr. ----------

Krankenkasse ----------

VeKa-Nr. (Angabe zwingend für OKP-Abrechnung) ----------

Proben-Entnahmedatum

Entnahmezeit

Auftragsnummer (Labor intern)

Verrechnung/Berichterstattung

☐ Rechnung zu Lasten OKP
☐ Befundkopie an Patient
☐ Nebenstehend: _____

Probenmaterial

☐ EDTA
☐ Wangen-Abstrich/Buccal Swab (Nr. angeben:)

R D

Indikation/Klinik (Angabe zwingend für OKP-Abrechnung):

Labor Auftrag und informierte Zustimmung zur genetischen Untersuchung

„Ich bestätige hiermit, dass ich gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) genetisch beraten worden bin und dass mir genügend Zeit für Fragen und zum Bedenken eingeräumt worden ist.“
Ich erkläre mich einverstanden, die unten angezeigte(n) genetische(n) Untersuchung(en) durchzuführen:

Medikation:

1) _____ 2) _____ 3) _____

4) _____ 5) _____ 6) _____

7998 ☐ Pharmakogenetik

(Die Analyse umfasst 17 pharmakogenetisch relevante Gene/Genregionen, inklusive ausgewählter HLA-Risikomarker sowie der CYP2D6-Copy-Number-Variation (CNV). Die Resultate ermöglichen Rückschlüsse auf die individuelle Arzneimittelwirkung, Verträglichkeit und Dosierung bei derzeit 174 Wirkstoffen.)

Aufbewahrung und Verwendung des überschüssigen Untersuchungsmaterials und der Untersuchungsergebnisse (Rohdaten) für ergänzende Untersuchungen:

- Ich bin damit einverstanden, dass das überschüssige Untersuchungsmaterial und die Rohdaten für allfällige Nachuntersuchungen aufbewahrt werden. Für zukünftige Untersuchungen ist mein Einverständnis nötig. ☐ NEIN ☐ JA
  Falls Sie NEIN ankreuzen wird Ihre Probe nach der Analyse vernichtet.
- Mein Untersuchungsmaterial darf in anonymisierter Form für medizinische Forschung eingesetzt werden. Ein Rückschluss auf meine Person ist damit nicht mehr möglich. ☐ NEIN ☐ JA
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe und meine Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt werden können. ☐ NEIN ☐ JA

Unterschrift Patient: _____ Ort und Datum: _____
(Patient/Erziehungsberechtigter/rechtlicher Vertreter wo nötig)

Zuweisende Gesundheitsfachperson:
Ich bestätige, die oben genannte Person gemäss dem geltenden Gendiagnostikgesetz (GUMG) über die genannte(n) genetische(n) Analyse(n) inklusive deren Einschränkungen aufgeklärt zu haben und die mir gestellten Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben.

Unterschrift: _____

Ort und Datum: _____