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

Name ----------
Vorname ----------
Strasse/Nr. ----------
PLZ/Ort ----------
E-Mail ----------

Geburtsdatum ☐☐☐☐☐☐☐☐
Geschlecht ☐ W ☐ M
PatientenNr. ----------
Krankenkasse ----------
VeKa-Nr. (Angabe zwingend für OKP-Abrechnung) ----------

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

Praxis-Stempel

Proben-Entnahmedatum ☐☐☐☐☐☐☐☐ Entnahmezeit ☐☐☐☐

Verrechnung/Berichterstattung

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

Probenmaterial

- ☐ EDTA
- ☐ Wangen-Abstrich/Buccal Swab

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

Auftragsnummer (Labor intern)

Genetische Untersuchungen - Aufklärung und informierte Zustimmung

Gemäss dem Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) ist die veranlassende Fachperson für die vorgängige Aufklärung sowie die Einholung der informierten Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten verantwortlich. Dabei ist ausreichend Gelegenheit für Fragen und Bedenkzeit einzuräumen.

Bei diagnostischen genetischen Untersuchungen genügt grundsätzlich eine mündliche Zustimmung.

Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG), «Laboratorien im medizinischen Bereich: gesetzliche Vorgaben und Pflichten», Stand August 2026 , Kapitel 2 «Informierte Zustimmung», S. 2.

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.
Falls Sie NEIN ankreuzen wird Ihre Probe nach der Analyse vernichtet.
☐ NEIN ☐ JA

◆ 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