



## Anmeldeformular für Pharmakogenetisches Screening

**Auftraggeber** (Druckbuchstaben):

Name, Vorname

Geburtsdatum

Weiblich  Männlich

[alternativ Patientenetikette aufkleben]

Zusätzl. Berichtkopie an:

Adresse

Telefon

### Ethnische Abst.:

### Klinische Angaben – Relevante Familienanamnese/spezifische Fragestellung:

#### Rechnung an:

- Patient (ambulant oder privat)  
 Klinik/Spital (stationär)

Eilige Analyse (+500 CHF)

**Material:**  EDTA-Vollblut 5-10 ml, A-Post  DNA aus \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Analyse: Pharmakogenetik-Panel DMET™ Plus

DMET™ Plus Panel deckt 1'936 Varianten aus 231 Genen ab. Befundet werden die für die vorliegende Fragestellung relevanten genetischen Varianten.

Kosten der reinen Laboranalyse regulär 1'500 CHF, sowie zusätzliche Kosten durch die konsiliarische Beurteilung der Ergebnisse durch die Klinik für Klinische Pharmakologie und Toxikologie. Keine Pflichtleistung der Grundversicherung.

### Bestätigung des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters:

Ich stimme der genetischen Testung bezüglich der oben genannten Indikation sowie, falls nicht anders vermerkt, der Aufbewahrung meiner Untersuchungsprobe zur Qualitätskontrolle und für allfällige künftig von mir gewünschte Analysen 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 ambulanten Analysen für die Übernahme der Kosten verantwortlich bin. Ferner stimme ich der Übermittlung des Befundes an die Klinik für Klinische Pharmakologie und Toxikologie zur konsiliarischen Mitbeurteilung zu.

Falls Sie zum medizinischen Erkenntnisgewinn und künftigen Fortschritt beitragen möchten, können Sie uns die Verwendung der anonymisierten Analyseergebnisse mit klinischer Symptomatik für wissenschaftl. Publikationen erlauben: Ich stimme zu  Ja  Nein

Ort

Datum

X

Unterschrift (Patient/gesetzl. Vertreter)

### Bestätigung des verordnenden Arztes:

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

Ort

Datum

X

Unterschrift (verordnender Arzt)