



Institut für Labormedizin
Birmensdorferstrasse 497, CH-8063 Zürich

Fachbereich Klinische Chemie
Molekulare Diagnostik / Speziallabor

Telefon +41 44 416 56 40
Telefax +41 44 416 56 49
Rohrpost 12310 / 12320

Ärztin/Arzt:

Tel./PS:

Diagnose:

Bitte Felder **kräftig** mit **Bleistift** markieren

Richtig Falsch

Datum / Zeit der Probeentnahme

Tag: 1-15, 16-31
Mt.: Jan, Feb, März, April, Mai, Juni, Juli, Aug, Sept, Okt, Nov, Dez
Std.: 1-12, 13-24
Min.: 00, 15, 30, 45

Rechnung an: Patient Arztpraxis / Spital / Labor

Formular-Codierung:

1 2 4 8 | 1 2 4 8 | 1 2 4 8 Formular-Nummer
1 2 4 8 | 1 2 4 8 Anzahl Taktmarken

Nachbestellung

Somatische Mutationen Hämatologie

- BCR-ABL qualitativ (Diagnose/Ausschluss CML)
- BCR-ABL quantitativ (Verlauf der CML)
- Jak2 V617F (Nachweis MPN)
- falls negativ: MPL Mutationen (Nachweis MPN)
→ falls negativ: CALR-Mutation (Nachweis MPN, externe Analyse)

Peripheres Blut

Knochenmark

Blutbild: Hb _____ g/dl, LC _____ G/l, Tc _____ G/l
oder: Kopie Laborblatt beilegen

Keimbahnmutationen Stoffwechsel und Rheuma

- LCT-Gen T-13910C 1
- HLA-B27-Gen (Spondylitis ankylosans) 1

Keimbahnmutationen Hämatologie

- Prothrombin FII Gen G20210A (Thrombophilie) 1
- Faktor V-Leiden Gen G1691A (Thrombophilie) 1
- HFE-Gen (Hämochromatose): Mutationen C282Y H63D S65C 1

Einwilligung zur genetischen Untersuchung (für Keimbahnmutationen zwingend)

Patient: Ich bestätige hiermit, dass ich gemäss der in der "informierten Zustimmung zu genetischen Untersuchungen" festgehaltenen Richtlinien genetisch beraten worden bin, und dass mir genügend Zeit für Fragen und zum Bedenken eingeräumt worden ist. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, oben angekreuzte Analyse durchführen zu lassen.

- Mein Untersuchungsmaterial kann für allfällige Nach- und weitergehende Untersuchungen aufbewahrt werden.
- Mein Untersuchungsmaterial darf zudem für Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie zur Entwicklung und Evaluation neuer Tests verwendet werden.
- Mein Untersuchungsmaterial soll nach Abschluss der aktuellen Untersuchung vernichtet werden.

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

Arzt: Ich bestätige hiermit, dass ich obgenannten Patienten über die genetische Untersuchung gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) hinreichend aufgeklärt habe, und dass der Patient dieser Untersuchung zugestimmt hat.

Ort und Datum: _____

Unterschrift/Stempel: _____

Bemerkungen:

Farbkodierung / Entnahmegefässe

- Vacuette pink
- Pax-Gene*, 1 Röhrchen
- * Pax-Gene-Röhrchen können beim Institut für Labormedizin bestellt werden

Probenidentifikation (wird vom Labor ausgefüllt)

1 Einverständniserklärung zwingend auszufüllen

Auftragsnummer

Bitte konsultieren Sie das Laborvademecum (Intranet, Abfragen, Laborvademecum) für weitere Informationen!

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32