

# Auftrag für genetische Untersuchungen

GENE PREDICTIS® S.A.

Labor für medizinische Analysen

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CP 128 – CH-1015 Lausanne

Tél.: +41 21 691 43 75 – Fax: +41 21 691 43 76 - info@genepredictis.com



gene predictis

BECAUSE I AM UNIQUE

|  |   |
|--|---|
| <b>Patienteninformationen</b><br>Name:<br>Vorname:<br>Geburtsdatum: T      M      J<br><input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau<br><b>Versicherung:</b><br><b>Versichertennummer:</b><br><b>PRIMEO-Versicherte</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Ethnische Herkunft: <span style="float: right;">0=Sonstige,</span><br>1= Kaukasisch, 2= Afrikanisch, 3=Lateinamerikaner,<br>4=Afroamerikaner, 5=Asiatisch, 9=Unbekannt<br><br>Adresse:<br>Postleitzahl :                      Stadt :<br>Land:<br><b>Rechnung:</b> <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Versicherung<br><input type="checkbox"/> Sonstiges : | <b>Anfragende Arzt</b><br><br><b>Bitte erstellen sie den Bericht in:</b><br><input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Deutsch<br><input type="checkbox"/> Italienisch<br><br><b>Übersetzung erwünscht (zusätzliche Kosten<sup>1</sup>):</b><br><input type="checkbox"/> Spanisch <input type="checkbox"/> Russisch<br><input type="checkbox"/> Vereinfachtes Chinesisch<br><br><b>Probe:</b> <input type="checkbox"/> Mundhöhle <input type="checkbox"/> Blut-EDTA<br><br><b>Kopie an :</b> |
|--|---|

## GENETISCHE UNTERSUCHUNGEN GENE PREDICTIS® SA

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> MTHFR (HOMOCYS)                        | <input type="checkbox"/> Laktose-Intoleranz  | <input type="checkbox"/> Exfoliationglaukom |
| <input type="checkbox"/> FV                                     | <input type="checkbox"/> Gluten-Intoleranz   | <input type="checkbox"/> Makuladegeneration |
| <input type="checkbox"/> FII                                    | <input type="checkbox"/> Fructose-Intoleranz | <input type="checkbox"/> Hämochromatose     |
| <input type="checkbox"/> HLA-B27                                | <input type="checkbox"/> GLU-LCT             | <input type="checkbox"/> DIGEST             |
| <input type="checkbox"/> Andere spezifische genetische Analyse: |  |   |

## GENETISCHE PROFILE GENE PREDICTIS® SA <sup>2</sup>

|   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CYPASS® extended | <input type="checkbox"/> CARDIO                      | <input type="checkbox"/> SPORT    |
| <input type="checkbox"/> NUTRIPASS®       | <input type="checkbox"/> THROMBO-E2                  | <input type="checkbox"/> STATINE  |
| <input type="checkbox"/> BETTER AGEING    | <input type="checkbox"/> OSTEO                       | <input type="checkbox"/> NICOTINE |
| <input type="checkbox"/> EXCLUSIVE        | <input type="checkbox"/> DETOX                       | <input type="checkbox"/> ALCOOL   |
| <input type="checkbox"/> EYES             | <input type="checkbox"/> Andere spezifische profile: |                                   |

<sup>1</sup> Die Übersetzungskosten für den Rapport betragen CHF 300, ausschliesslich das Genetische Profi EXCLUSIVE und NUTRIPASS betragen die Übersetzungskosten CHF 500. Die Übersetzung beansprucht zusätzlich 3 bis 5 Tage.

<sup>2</sup> Das Genetische Profile (DNA) wird erst nach Eingang der Zahlung erstellt. Mit Angaben der Analysen Nr. nach der Zahlung (zB 346-101) überweisen Sie bitte den Betrag auf das Konto wie folgt : Banque Cantonale de Fribourg, zugunsten von Gene Predictis SA, Kontonummer 30 01 100583-07, Bankenclearing : 768, IBAN: CH05 0076 8300 1100 5830 7, CCP: 17-49-3, Swift / BIC: BEFRCH22. Die Beratungsgebühren sind nicht im Rechnungsprofil von Gene Predictis enthalten.

# Auftrag für genetische Untersuchungen

GENE PREDICTIS® S.A.

Labor für medizinische Analysen

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CP 128 – CH-1015 Lausanne

Tél.: +41 21 691 43 75 – Fax: +41 21 691 43 76 - info@genepredictis.com



gene predictis

BECAUSE I AM UNIQUE

## PATIENTEN ANAMNESE

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Gewicht                     | .....Kg  |
| Grösse                      | .....m   |
| Tabak                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ehemaliger Raucher ..... Zig./Tag |
| Alkohol                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... Glas/Tag  |
| Körperliche Betätigung      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... Stunden/Woche                                     |
| Arterielle Hypertonie       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| Kardiovaskuläre Krankheiten |  |
| Cholesterol                 |  |
| Diabetes                    |  |
| Allergien                   |  |
| Medikamenten Allergien      |  |
| Nierenerkrankungen          |  |
| Lebererkrankung             |  |
| Krebs                       |  |
| Wechseljahre                | <input type="checkbox"/> vor <input type="checkbox"/> post   |
| Andere Krankheiten          |  |

## FAMILIEN ANAMNESE

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Kardiovaskuläre Krankheiten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Familienverhältnis:<br>Detail: |
| Diabetes                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Familienverhältnis:            |
| Osteoporose                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Familienverhältnis:            |
| Krebs                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Familienverhältnis:            |
| Fettleibigkeit              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Familienverhältnis:            |
| Arterielle Hypertonie       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Familienverhältnis:            |
| Makuladegeneration          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Familienverhältnis:            |
| Glaukom                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Familienverhältnis:            |
| Andere Krankheiten          |  |

# Auftrag für genetische Untersuchungen

GENE PREDICTIS® S.A.

Labor für medizinische Analysen

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CP 128 – CH-1015 Lausanne

Tél.: +41 21 691 43 75 – Fax: +41 21 691 43 76 - info@genepredictis.com



gene predictis

BECAUSE I AM UNIQUE

## AKTUELLE BEHANDLUNG

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Arzneimittel (dosis)             |  |
| Nahrungsergänzungsmittel (dosis) |  |

## ERNÄHRUNG (NUR FÜR GP-NUTRIPASS)

|   |  |
|---|--|
| Milchkonsum   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... Glas/Tag                      |
| Konsum von Milchprodukten                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Produkte .....                      |
| Fischkonsum   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... mal/Woche<br>..... welche Art |
| Verzehr von rotem Fleisch (Rind, Lamm, Pferd)                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... mal/Woche                     |
| Verzehr von weissem Fleisch (Schwein, Huhn, Kalb, etc.)         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... mal/Woche                     |
| Gegrilltes Fleisch Verbrauch bei hoher Temperatur (Grill, Herd) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... mal/Woche                     |
| Eierverbrauch   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... mal/Woche                     |
| Obstkonsum  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... mal/Tag<br>Welche Art:        |
| Gemüsekonsum  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... fois/jour<br>Welche Art:      |
| Verzehr von Produkten mit Soja                                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... mal/Woche                     |
| Kaffee/Teekonsum  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... Tasse/Tag                     |
| Verzehr von zuckerhaltigen Getränke                             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... Glas/Tag                      |

# Auftrag für genetische Untersuchungen

GENE PREDICTIS® S.A.

Labor für medizinische Analysen

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CP 128 – CH-1015 Lausanne

Tél.: +41 21 691 43 75 – Fax: +41 21 691 43 76 - info@genepredictis.com



gene predictis

BECAUSE I AM UNIQUE

|  |   |
|--|---|
| Verzehr von Glutenhaltigen Produkte (Nudeln, Brot, Getreide) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... mal/Woche                  |
| Verzehr von « fastfood »                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... mal/Woche<br>Welche Art :  |
| Verbrauch von Olivenöl                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... Löffel/Tag                 |
| Verbrauch von Leinsamenöl                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... Löffel/Tag                 |
| Verbrauch von Rapsöl   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... Löffel/Tag                 |
| Butterverbrauch  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... Löffel/Tag                 |
| Verbrauch von anderen Öle                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>..... Löffel/Tag<br>Welche Art : |

# Auftrag für genetische Untersuchungen

GENE PREDICTIS® S.A.

Labor für medizinische Analysen

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CP 128 – CH-1015 Lausanne

Tél.: +41 21 691 43 75 – Fax: +41 21 691 43 76 - info@genepredictis.com



## INFORMIERTE ZUSTIMMUNG FÜR EINE GENETISCHE ANALYSE

Name : ..... Vorname : ..... Geburtsdatum : .....

“Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich – laut Schweizer Gesetz – eine genetische Beratung erhalten habe und genügend Zeit zum Überlegen und Fragen zu stellen, hatte. Der unterzeichnende und anfragende Arzt wird die Probe der Mundschleimhaut an Gene Predictis SA weiterleiten. Diese wird die Analyse durchführen. Der Bericht basierend auf der DNA aus meiner Mundschleimhaut Probe wird mir durch meinen Arzt übermittelt.

### Ich gebe meine Einwilligung für die folgenden Untersuchungen:

- Molekulare Analyse meiner DNA auf der Suche nach Polymorphismen oder genetischen Varianten, welche mit dem Metabolismus von Wirkstoffen verknüpft sind, die ich nehme oder vor habe zu nehmen.
- Molekulare Analyse mittels meiner DNA um eine genetische Empfindlichkeit und/oder Veranlagung nach den Gene Predictis® SA Profilen zu ermitteln.

**Probe:**  Mundschleimhaut  Blut-EDTA

### Meine Entscheidung betreffend Aufbewahrung meines genetischen Materials ist:

- Wenn möglich soll mein Material nach der Untersuchung für eventuelle weitere Analysen aufbewahrt werden, die nur in meinem Interesse und mit meiner Einwilligung stattfinden. Dieses darf ebenfalls – nach Anonymisierung - durch Gene Predictis SA oder Drittpersonen für medizinische Forschung, Planung oder Statistiken genutzt werden.
- Wenn möglich soll mein Material nach der Untersuchung für eventuelle weitere Analysen aufbewahrt werden, die nur in meinem Interesse und mit meiner Einwilligung stattfinden.
- Vernichtung des Materials nach der Analyse.

### Meine Entscheidung bezüglich der Speicherung meiner Daten in einer verschlüsselten Datenbank lautet:

- Ich gestatte es Gene Predictis SA, die Ergebnisse meiner genetischen Analysen in eine verschlüsselte Datenbank aufzunehmen, die von Gene Predictis SA oder unter ihrer Kontrolle stehenden Dritten erstellt und verwaltet wird und der Geheimhaltung unterliegt. Meine Daten werden nur für Gene Predictis SA zugänglich sein. Ich bin damit einverstanden, dass Gene Predictis SA diese Informationen über eine von Gene Predictis SA verwaltete Website zur Verfügung stellen darf, sofern der Zugang zu der Website durch ein Passwort geschützt ist und dieses Passwort ausschließlich dem antragstellenden Arzt (der Unterzeichnete) und mir selbst mitgeteilt wird (vorbehaltlich des Datenzugriffs durch den zur Geheimhaltung verpflichteten Datenbankadministrator). In diesem Fall kommuniziere ich das Passwort selbst an meine anderen behandelnden Ärzte, sofern ich dies wünsche.
- Ich gestatte es nicht Gene Predictis SA die Ergebnisse meiner genetischen Analysen in eine von Gene Predictis SA erstellt, verwaltet und verschlüsselte Datenbank aufzunehmen.

### Meine Entscheidung wie meine Krankenakte weiter verwaltet wird:

- Ich würde mich freuen, wenn Gene Predictis® die Nachsorge des Arztes durchführt. Nur für mein eigenes Wohlergehen, ermächtige ich Gene Predictis, mit mir per E-Mail in Kontakt zu treten.
- Es interessiert mich regelmässig durch den «News Genes e-Letter » von Gene Predictis® informiert zu werden und über die Entwicklung und Anwendung auf dem Gebiet der prädiktiven Medizin auf dem Laufenden zu bleiben.

Meine e-mail Adresse lautet : .....

Unterschrift : ..... Ort und Datum : .....  
(Eltern oder legale Vertretung wenn nötig)

### Der anfragende Arzt :

"Ich habe die oben genannte Person genügend über die Methoden und deren Grenzen informiert und ihre Fragen beantwortet.

Name des anfragenden Arztes : .....

Adresse des anfragenden Arztes: .....

Ort, Datum : ..... Stempel und Unterschrift .....