

Auftrag für onkogenetische 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

<p>Name:</p> <p>Vorname:</p> <p>Geburtsdatum: T M J</p> <p><input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau</p> <p>Versicherung:</p> <p>Versichertennummer:</p> <p>PRIMEO-Versicherte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Adresse:</p> <p>Postleitzahl : Stadt :</p> <p>Land:</p> <p>Kopie an:</p> <p>Rechnung <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> Sonstige:</p> <p>Gewicht: Kg Grösse: m</p> <p>Tabak: <input type="checkbox"/> Ja ___ Zig/Tag <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ehemaliger Raucher</p> <p>Krankheiten :</p> <p><input type="checkbox"/> Nierenversagen <input type="checkbox"/> Leberversagen</p> <p>Arzneimittel (dosis) :</p> <p>Familien Anamnese (Familienverhältnis):</p>	<p>Ethnische Herkunft des Vaters:</p> <p>Ethnische Herkunft der Mutter:</p> <p><i>0=Sonstige, 1= Kaukasisch, 2= Afrikanisch, 3=Lateinamerikaner, 4=Afroamerikaner, 5=Asiatisch, 9=Unbekannt</i></p> <p>Blutsverwandtschaft der Eltern : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Probe <input type="checkbox"/> Wangenschleimhautabstrich <input type="checkbox"/> EDTA-Blut <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Knochenmark</p> <p>Auf Wangenschleimhautabstrich oder EDTA-Blut:</p> <p><input type="checkbox"/> <i>CYP2D6</i> (Tamoxifen) <input type="checkbox"/> <i>DPD</i> (5-Fluorouracil, Capecitabin) <input type="checkbox"/> <i>TPMT</i> (Thiopurin, Cisplatin) <input type="checkbox"/> <i>UGT1A1</i> (Irinotecan, Nilotinib, Pazopanib) <input type="checkbox"/> <i>GSTP1</i> (Cisplatin)</p> <p>Auf Wangenschleimhautabstrich <u>und</u> EDTA-Blut:</p> <p><input type="checkbox"/> Brust- und Eierstockkrebs (BRCA1, BRCA2) ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Familienmelanom (P16, CDKN2A) ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom (HNPCC, Lynch) ⁽¹⁾</p> <p><input type="checkbox"/> PCA3 (Prostata Krebs, Spezielles Transportröhrchen, das Labor kontaktieren) ⁽¹⁾</p> <p>Auf Tumorprobe :</p> <p><input type="checkbox"/> <i>KRAS</i>- Biopsie <input type="checkbox"/> <i>BRAF</i>- Biopsie <input type="checkbox"/> <i>EGFR</i>- Biopsie <input type="checkbox"/> <i>Bcr-Abl</i>- EDTA-Blut oder Knochenmark ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> <i>PML-RARα</i>- EDTA-Blut oder Knochenmark ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> <i>c-kit</i> (D816V) – EDTA-Blut oder Biopsie ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> <i>HER2</i>- Biopsie ⁽¹⁾</p> <p>⁽¹⁾ Diese Analysen werden durch ein externes Labor durchgeführt</p> <p>Der anfragende Arzt: „Ich habe genügend die oben genannte Person genügend über die Methoden, deren Grenzen und die Kosten informiert und ihre Fragen beantwortet.“</p> <p>Name des anfragenden Arztes:</p> <p>Ort, Datum:..... Stempel und Unterschrift</p>
--	---

INFORMIERTE ZUSTIMMUNG (PATIENT)

Ich gebe meine Einwilligung für die folgenden Untersuchungen:

UNTERSCHRIFT:.....

Meine Entscheidung betreffend der Aufbewahrung meines genetischen Materials ist: Wenn möglich soll mein Material nach der Untersuchung für eventuelle weitere Analysen aufbewahrt werden, die nur stattfinden in meinem Interesse und mit meiner Einwilligung. 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 stattfinden in meinem Interesse und mit meiner Einwilligung.

Vernichtung des Materials nach der Analyse