

Analyse Auftragsformular Pill Protect t[®]

GENE PREDICTIS[®] S.A.

Labor für medizinische Analysen

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CH-1015 Lausanne

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

Verantwortlicher Biologe: Dre K. AFSHAR PhD, FAMH Medizinische Genetik



gene predictis

BECAUSE I AM UNIQUE

PATIENTENDATEN	ANFORDERNDER ARZT
<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Anderes Name : _____ Vorname : _____ Geburtsdatum: _____ Adresse 1 : _____ Adresse 2 : _____ CP : _____ Ort : _____ Ass. LaMal : _____ Versicherten-Nr.: _____ AHV-NR.: 756. _____ Primeo : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(Stempel oder Kontaktdaten und ZSR-Nr.) ----- Kopie an: _____ Bitte verfassen Sie den Bericht in : <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Italienisch Datum der Abbuchung: _____ <input type="checkbox"/> Mundabstrich <input type="checkbox"/> Blut-EDTA
RECHNUNGSSTELLUNG : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> Andere (vollständige Kontaktdaten unten angeben)	
Anzeige:	
Klinische Information:	

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. Glas/Tag
Körperliche Betätigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein. Stunden/Woche
Arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein.	
Thrombose / Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein.	Detail :
Kardiovaskuläre Krankheiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein.	
Cholesterol	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein.	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein.	
Allergien (Nahrung oder Medikamente) :			
Wechseljahre	<input type="checkbox"/> vor	<input type="checkbox"/> post	
Andere Krankheiten :			

Analyse Auftragsformular Pill Protect t[®]

GENE PREDICTIS[®] S.A.

Labor für medizinische Analysen

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CH-1015 Lausanne

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

Verantwortlicher Biologe: Dre K. AFSHAR PhD, FAMH Medizinische Genetik



gene predictis

BECAUSE I AM UNIQUE

Pillen, für welche eine Risikoschätzung erwünscht ist (maximum 3):

Aktuelle Empfängnisverhütung (Name) :

Dauer der aktuellen Verhütung :

Frühere Verhütung (Name und Dauer) :

Aktuelle andere Behandlung(en)
(Name & Dosierung) :

Familien Anamnese

Kardiovaskuläre Krankheiten Ja Nein. Familienverhältnis und Detail:

Thrombose / Embolien Ja Nein. Familienverhältnis und Detail:

Diabetes Ja Nein. Familienverhältnis:

Osteoporose Ja Nein. Familienverhältnis:

Fettleibigkeit Ja Nein. Familienverhältnis:

Arterielle Hypertonie Ja Nein. Familienverhältnis:

Andere Krankheiten

Analyse Auftragsformular Pill Protect t[®]

GENE PREDICTIS[®] S.A.

Labor für medizinische Analysen

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CH-1015 Lausanne

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

Verantwortlicher Biologe: Dre K. AFSHAR PhD, FAMH Medizinische Genetik



INFORMIERTE ZUSTIMMUNG FÜR EINE GENETISCHE ANALYSE

Name : Vorname : Geburtsdatum :

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

Ich gebe meine Einwilligung für die folgenden Untersuchungen:

- Molekulare Analysen mittels meiner DNA um eine genetische Empfindlichkeit und/oder Veranlagung nach den Gene Predictis[®] SA Profilen zu ermitteln.

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.

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

Der anfragende Arzt :

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

Name des anfragenden Arztes :

Adresse des anfragenden Arztes:

Ort, Datum : Stempel und Unterschrift