

Mittelland Labor Olten AG

MiLab – mis Labor us dr Region

Einverständniserklärung Genetik/ Auftragsformular

Patienteninformation		Einsender:
Name:	Krankenkasse:	
Vorname:	Versichertenrnr.:	
Strasse:	Tel.:	
PLZ/Ort:		
E-Mail:		
Daten-Untersuchungsmaterial:		
Proben Entnahmedatum:		Entnahmezeit:
Versicherungsangaben:		
☐ Rechnung zu Lasten OKP		☐ Einsender
☐ Zu Lasten Patient/in		☐ Zu Lasten Patient/in
☐ Nebenstehend		

Probenmaterial:

☐ EDTA	☐ Abstrich
☐ Sonstige: _____	

Untersuchungsanlass:

☐ Familiäre genetische Erkrankung	☐ Neurologische Erkrankungen
☐ Reproduktive Genetik	☐ Pharmakogenetische Analyse
☐ Zöliakie / Gluten-Intoleranz	☐ Laktose-Intoleranz
☐ Hämochromatose:	☐ HLA B27
☐ Mittelmeerfieber	☐ Faktor V-Leiden Variante & Prothrombin FII-Mutation
☐ Thalassämie	
☐ Sonstiges	

Aufbewahrung und Verwendung des überschüssigen Untersuchungsmaterials und der Untersuchungsergebnisse für ergänzende Untersuchungen:

Die Probe darf für weiterführende Untersuchungen verwendet werden.	☐ Ja ☐ Nein
Die Probe darf für wissenschaftliche Studien anonymisiert genutzt werden.	☐ Ja ☐ Nein
Die Probe darf zur Qualitätssicherung in anonymisierter Form verwendet werden..	☐ Ja ☐ Nein

Die zuweisende Gesundheitsfachperson bestätigt hiermit, dass die oben genannte Person gemäss der geltenden Gendiagnostikgesetzten (GUMG) über die genannte(n) genetische(n) Analyse(n) inklusive deren Einschränkungen aufgeklärt zu haben und die ihm gestellten Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben.

Ort, Datum	_____
Unterschrift Patient*in	_____
Unterschrift Arzt/Ärztin	_____
Stempel der Einrichtung	_____