

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:		
<input type="checkbox"/> Rechnung zu Lasten OKP		<input type="checkbox"/> Einsender
<input type="checkbox"/> Zu Lasten Patient/in		<input type="checkbox"/> Zu Lasten Patient/in
<input type="checkbox"/> Nebenstehend		

Probenmaterial:

<input type="checkbox"/> EDTA	<input type="checkbox"/> Abstrich
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	

Untersuchungsanlass:

<input type="checkbox"/> Familiäre genetische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Reproduktive Genetik	<input type="checkbox"/> Pharmakogenetische Analyse
<input type="checkbox"/> Zöliakie / Gluten-Intoleranz	<input type="checkbox"/> Laktose-Intoleranz
<input type="checkbox"/> Hämochromatose:	<input type="checkbox"/> HLA B-27
<input type="checkbox"/> Mittelmeerfieber	<input type="checkbox"/> Faktor V-Leiden Variante & Prothrombin FII-Mutation
<input type="checkbox"/> Thalassämie	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

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

Die Probe darf für weiterführende Untersuchungen verwendet werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die Probe darf für wissenschaftliche Studien anonymisiert genutzt werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die Probe darf zur Qualitätssicherung in anonymisierter Form verwendet werden..	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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	_____