



Proteinhormonlabor

Kü.D11 – Steinwiesstr. 75, CH-8032 Zürich

Tel. +41 44 266 75 78 Fax +41 44 266 81 10

Auftraggebender Arzt (genaue Adresse, bitte leserlich oder Stempel)

Datum:

Auftrag für Molekularbiologische AGS Diagnostik (CYP21 Gen)

Material:

- EDTA-Blut (3 ml)
- Getrocknete Blutstropfen (Alle Kreise füllen)
- Extrahierte DNA; Bitte Konzentration angeben:
- Anderes:

➤ Die Untersuchung kann nur durchgeführt werden, wenn folgende Angaben gemacht werden
und die Zustimmungserklärung auf der Rückseite unterschrieben wird. ◀

Patient:

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

männlich weiblich

Blutentnahmedatum:

Fragestellung / Diagnose:

Rechnungsadresse:

Bemerkungen:

➤ Versand der Proben an: Kinderspital Zürich, Proteinhormonlabor, Steinwiesstr. 75, CH-8032 Zürich

Unsere Analysen identifizieren ca. 90 – 95 % aller bekannten Mutationen. Das Vorliegen weiterer Mutationen oder derzeit nicht bekannten aber theoretisch möglichen Erscheinungen, wie z. B. Pseudogene, Mosaik etc., kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.



Informierte Zustimmung zu genetischen Untersuchungen

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

„Ich bestätige hiermit, dass ich gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen genetisch beraten worden bin, und dass mir genügend Zeit für Fragen und zum Bedenken eingeräumt wurden“

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, die angezeigte(n) genetische(n) Untersuchung(en) durch-zuführen:

DNA-Untersuchung bezüglich (Name der Krankheit):

Aus folgendem Untersuchungsmaterial:

Mein Entscheid zur Aufbewahrung meines Untersuchungsgutes:

Soweit wie möglich, mein Untersuchungsgut für allfällige Nach-Untersuchungen bzw. weitergehende Untersuchungen in meinem Interesse und auf meinen alleinigen Antrag aufbewahren.

Mein Untersuchungsmaterial soll nach Abschluss der Untersuchung vernichtet werden.

Anderes

Unterschrift Ort und Datum
(Eltern / rechtlicher Vertreter)

Zuweisender Arzt

„Ich habe der oben genannten Person die verlangte Untersuchung auf angemessene Weise erklärt, die Grenze der Methode besprochen und ihre Fragen beantwortet.“

Name (vollständig):

Unterschrift (zwingend):

Ort und Datum: Stempel: