



Patient (bitte vollständig ausfüllen)

Name

Vorname

Geb. Datum W M Patienten ID / AHV Nummer

Strasse, Nr.

Adresszusatz

PLZ Ort

Auftraggeber

Musterformular

Es gelten unsere AGB auf www.medisyn.ch/AGB

Auftragsbarcode

Dringende Analysen (Notfälle):

Behandelnder Arzt Tel. direkt

Zusätzliche Befundübermittlung

Kopie an Patient Telefon

Kopie an andere Ärzte: Fax

Rechnungsstellung an:

Krankenkasse (falls unzustellbar, an Patient)

Andere Einsender Unfallversicherung

Name Versicherung / Andere, Strasse, PLZ Ort

Ambulant Stationär

Schwangerschaft SSW + Tag Check up

Visum Entnahmedatum Entnahmezeit

Klinische Angaben / Diagnostische Fragestellung

Weitere Analysen erwünscht

Legende zum Material

Blut	2xEDTA-Vollblut	E
	Serum	S

Patienteninformationen

Ethnizität

Kaukasier Asiatisch Afrokaribik Anderes

Haben Sie Bluttransfusionen in den letzten 3 Monaten erhalten?

Ja Nein

Aktuelle Schwangerschaft?

Ja, Schwangerschaftsalter? SSW Nein

Labortests an Familie/ Partner durchgeführt?

Ja Nein

Resultaten?

Andere bekannte Krankheiten?

Aktuelle Therapien?

Zertifizierung des auftraggebenden Arztes

Mit seiner Unterschrift bescheinigt der auftraggebende Arzt, dass er die betreffende Person über die geltenden gesetzlichen Verpflichtungen informiert hat (evtl. Kostenübernahme der Krankenkasse) und seine Zustimmung erhalten hat.

Ort Datum Unterschrift

Einwilligungs-erklärung des Patienten

Der Patient erklärt sich einverstanden, die Untersuchung eines Bestätigungstest anhand der Globin-Gen-Analyse und/oder weiteren Untersuchungen im Bedarfsfall fortzusetzen. Sobald die Analyse beendet ist, muss die verbleibende DNA zerstört werden (keine zusätzliche Analyse mehr möglich).

Ort Datum Unterschrift

Für eine korrekte Interpretation der Analyse sind Sie herzlich eingeladen, die Anfrage in ihrer Gesamtheit zu vervollständigen.

Für weitere Details zu Unterauftragnehmern und Analysen ausserhalb des akkreditierten Bereichs verweisen wir auf das Analysenverzeichnis www.medisyn.ch

