



**Patient (bitte vollständig ausfüllen)**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum  W  M Patienten ID / AHV Nummer \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

Adresszusatz \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Auftraggeber**

Musterformular

Auftragsbarcode

1

Es gelten unsere AGB auf [www.medisyn.ch/AGB](http://www.medisyn.ch/AGB)

**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**

\_\_\_\_\_

**ACHTUNG**  
Lagerung und  
Transport bei  
Zimmer-  
temperatur

**Weitere Analysen erwünscht**

\_\_\_\_\_

**Legende zum Material**

Blut	Vollblut, 2x 8 ml Streck	ST	EDTA-Vollblut (>= 1 ml)	E
------	--------------------------	----	-------------------------	---

**Geforderte Analyse**

NGS Oncomine Precision Assay (Liquid Biopsy) 2x **ST**

**Liste der analysierten Gene**

Hotspots				CNVs			Inter-/intragene Fusionen	
AKT1	CHEK2	FGFR3	KIT	NTRK2	ALK	FGFR1	ALK	MET
AKT2	CTNNB1	FGFR4	KRAS	PDGFRA	AR	FGFR2	AR	NTRK1/2/3
AKT3	EGFR	FLT3	MAP2K1	PIK3CA	CD274	FGFR3	BRAF	NUTM1
ALK	ERBB2	GNA11	MAP2K2	PTEN	CDKN2A	KRAS	EGFR	RET
AR	ERBB3	GNAQ	MET	RAF1	EGFR	MET	ESR1	ROS1
ARAF	ERBB4	GNAS	MTOR	RET	ERBB2	PIK3CA	FGFR1	RSPO2
BRAF	ESR1	HRAS	NRAS	ROS1	ERBB3	PTEN	FGFR2	RSPO2
CDK4	FGFR1	IDH1	NTRK1	SMO			FGFR3	
CDKN2A	FGFR2	IDH2	NTRK2	TP53				

**Weitere Analysen: Companion diagnostics**

Genotyp DPYD ( 5-Fluorouracil) **E**

Genotyp Irinotecan (UGT1A1) **E**

**Einwilligungserklärung**

**Anfordernder Arzt**  
Ich habe der oben genannten Patientin den Zweck und das Verfahren der genetischen Analyse einschliesslich ihrer Einschränkungen erklärt und habe alle von ihr gestellten Fragen beantwortet.

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_ **Datum und Ort:** \_\_\_\_\_

**Patientin**  
Ich habe die Informationen des Arztes über den Zweck des Tests, seine Risiken und die möglichen Einschränkungen erhalten. Ich konnte alle meine Fragen stellen und erhielt Antworten. Ich stimme den oben genannten Analysen zu.

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_ **Datum und Ort:** \_\_\_\_\_

Praxisstempel

ctDNA/RNA im peripheren Blut

Für weitere Details zu Unterauftragnehmern und Analysen ausserhalb des akkreditierten Bereichs verweisen wir auf das Analysenverzeichnis [www.medisyn.ch](http://www.medisyn.ch)

