



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

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

