

Humangenetik Präimplantationsdiagnostik

Einsender:		Angaben zum Paar:	
Name:	Name:	Geschlecht:	
Klinik/Labor:	Vorname:	<input type="checkbox"/> Männlich	
Adresse:	Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> Weiblich	
Telefon:	Adresse:		
	Name:	Geschlecht:	
	Vorname:	<input type="checkbox"/> Männlich	
	Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> Weiblich	
	Adresse:		
Befundversand:			
E-Mail (HIN-gesichert):			
Kopieempfänger: <small>(HIN-gesicherte E-Mail oder vollständige Adresse)</small>			
Untersuchungsmaterial:	Indikation		
<input type="checkbox"/> Embryobiopsie <input type="checkbox"/> Polkörper Entnahmedatum: Entnahmezeit:			
Analysen			
<input type="checkbox"/> Chromosomenstörung (PGT-SR/PGT-A)* (VeriSeq (Illumina) nach Whole Genome Amplification) Karyotyp der Trägerin/des Trägers (für PGT-SR): Kosten: 350 CHF pro Biopsie/Polkörperpaar * Analyse ausserhalb des akkreditierten Bereiches	<input type="checkbox"/> Monogene Erkrankung (PGT-M) (Mikrosatelliten-Analyse nach Whole Genome Amplification) Gen: Mutation(en): Kosten: 500 CHF für PID-Vorbereitung (einmalig pro Paar) 350 CHF pro Biopsie/Polkörperpaar		
Einwilligung			
Hiermit bestätigen wir, dass wir			
<ul style="list-style-type: none"> mit der genetischen Untersuchung an den Polkörpern/Embryobiopsien einverstanden sind verstanden haben, dass die genetische Untersuchung u. U. keine klare Aussage über den Genotyp des Fetus erlaubt verstanden haben, dass bei der genetischen Untersuchung sog. Überschussinformationen anfallen können die Kosten der genetischen Untersuchung selber tragen mit der Weiterverwendung von überschüssigem Untersuchungsmaterial in anonymisierter Form für die Qualitätssicherung einverstanden sind (bitte streichen, falls nicht einverstanden!) 			
Ort und Datum:		Unterschriften:	
Aufklärender Arzt/Aufklärende Ärztin:			
Ich bestätige, das oben genannte Paar gemäß dem geltenden Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) aufgeklärt und die mir gestellten Fragen beantwortet zu haben.			
Name/Vorname:			
Ort und Datum:		Unterschrift:	