

## Klinische Chemie

### Pharmacogenomics / HLA Krankheitsassoziationen

Einsender:	Patient:
Name:	Name: Geschlecht:
Klinik/Labor:	Vorname: <input type="checkbox"/> Männlich
Adresse:	Geburtsdatum: <input type="checkbox"/> Weiblich
Telefon:	Adresse: <input type="checkbox"/> Unbekannt
Befundversand:	
E-Mail (HIN-gesichert):	
Kopieempfänger: (HIN-gesicherte E-Mail oder vollständige Adresse)	
Rechnungsadresse:	
<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> andere (vollständige Adresse):	

Untersuchungsmaterial:	Klinische Angaben / Diagnose (nur für pharmakogenetische Untersuchungen):
<input type="checkbox"/> EDTA Blut <input type="checkbox"/> andere:	Indikation für Untersuchung (Medikation): <input type="checkbox"/> vor Behandlungsbeginn <input type="checkbox"/> nach Behandlungsbeginn Therapiestart:
Entnahmedatum: Entnahmezeit:	<b>Weitere Angaben:</b> (z.B. relevante Komedikationen mit gleichem Stoffwechsel)

Pharmacogenomics, Medikamentenstoffwechsel	Pharmacogenomics, HLA
<input type="checkbox"/> DPYD / Fluoropyrimidine <input type="checkbox"/> UGT1A1 / Irinotecan <input type="checkbox"/> TPMT/ NUDT15 / Thiopurine <input type="checkbox"/> SLCO1B1 <sup>1</sup> / Statine <input type="checkbox"/> CYP3A5 <sup>1</sup> / Tacrolimus <input type="checkbox"/> CYP2C9 <sup>1</sup> (z.B. Sildenafil, Cumarin- Stoffwechsel) <input type="checkbox"/> CYP2C19 <sup>1</sup> (z.B. Clopidogrel-Stoffwechsel) <input type="checkbox"/> CYP2D6 <sup>1</sup> (z.B. Opioid-Stoffwechsel) <input type="checkbox"/> andere <sup>2</sup> :	<input type="checkbox"/> HLA-B*57:01 / Abacavir-Hypersensitivität <input type="checkbox"/> HLA-A*31 / Carbamazepin-Hypersensitivität <input type="checkbox"/> HLA-A*02 hochauflösend / HLA-A2-gerichtete Tumor-Therapie (bitte Indikation angeben)
	Krankheitsassoziierte HLA
	<input type="checkbox"/> Zöliakie (HLA-DQ2, -DQ2.5, -DQ8, -DQ7) <input type="checkbox"/> Narkolepsie (HLA-DQB1*06:02) <input type="checkbox"/> HLA-B*27 <input type="checkbox"/> HLA-B*51 <input type="checkbox"/> HLA-A*29

<sup>1</sup> Verschreibung durch klin. Pharmakologen FMH (gemäss Limitationen Eidg. Analysenliste)

<sup>2</sup> Weitere Analysen auf Anfrage möglich

#### ALLGEMEINE HINWEISE

Diese Analysen unterstehen dem Gesetz für genetische Untersuchungen am Menschen (GUMG). Dieses verpflichtet den anfordernden Arzt/Ärztin, die betroffene Person hinreichend aufzuklären und deren Zustimmung für die Durchführung der Analyse einzuholen (GUMG Art. 5 und 6).

**Analysen Pharmacogenomics Medikamentenstoffwechsel: Bitte schicken Sie eine Kopie der unterzeichneten Einverständniserklärung mit.**

<b>Probenmaterial</b>	2 ml EDTA-Blut
<b>Beschriftung</b>	Entnahmematerial, Entnahmedatum, Namen und Geburtsdatum der Patienten
<b>Versand</b>	ungekühlt per A-Post (auch über das Wochenende)
<b>Weitere Informationen:</b>	Details zu den einzelnen Analysen unter <a href="http://www.cgl.insel.ch/de/fachbereich-klin-chemie/angebotene-analysen">http://www.cgl.insel.ch/de/fachbereich-klin-chemie/angebotene-analysen</a>

Eingangsdatum: .....  
Eingangszeit: .....  
Visum: .....

Auftragsformular CGL klinische Chemie

Version 8.0, 11.2025  
Seite 1 von 1

**Clinical Genomics Lab (CGL)**

Inselspital  
3010 Bern  
<http://www.cgl.insel.ch>

## Einwilligung zu genetischen Untersuchungen

Ich bestätige, dass ich bezüglich der geplanten genetischen Untersuchung(en) aufgeklärt und beraten worden bin. Ich habe die Informationen verstanden und hatte genügend Zeit für Fragen und um meine Entscheidung zu treffen.

Ich gebe mein Einverständnis für die Durchführung folgender Analyse(n): .....

Für folgende Erkrankung / folgendes Medikament: .....

**Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials:** Überschüssiges Untersuchungsmaterial wird für die Qualitätssicherung und für die Durchführung von allfälligen weiteren Untersuchungen aufbewahrt. Dadurch können allfällige weitere genetische Untersuchungen durchgeführt werden, ohne dass Ihnen erneut Probenmaterial (z.B. Blut) entnommen werden muss. Weitere Untersuchungen werden jedoch nur durchgeführt, wenn Sie diesen mit einer erneuten Einwilligung zustimmen. Falls Sie mit der Aufbewahrung Ihres Untersuchungsmaterials nicht einverstanden sind, können Sie uns dies bei den Bemerkungen mitteilen.

**Ihr Untersuchungsmaterial und die erhobenen Daten können auch für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.**

Ich bin prinzipiell einverstanden, dass mein Untersuchungsmaterial und die erhobenen Daten für wissenschaftliche Zwecke weiterverwendet werden können.

☐ Ja ☐ Nein

Eine positive Antwort ist noch keine Zustimmung zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie. Sie können jedoch in Zukunft kontaktiert und zur Teilnahme angefragt werden.

Bemerkungen: .....

Unterschrift: .....  
(Patient:in oder Eltern/gesetzlicher Vormund, falls erforderlich)

Datum: .....

**Aufklärende:r Mediziner:in**

Ich bestätige, dass ich die oben genannte Person gemäss dem Gesetz für Genetische Untersuchungen am Menschen (GUMG) über die genannte(n) genetische(n) Analyse(n) aufgeklärt und allfällige Fragen beantwortet habe.

Name, Vorname: .....

Stempel:

Unterschrift (zwingend): .....

Datum: .....

**ACHTUNG: Diese Einverständniserklärung gilt nicht als Untersuchungsauftrag und muss immer zusammen mit einem Auftragsformular (siehe Homepage CGL) oder einem elektronischen Untersuchungsauftrag dem Labor zugestellt werden.**