

Anmeldeformular zur molekulargenetischen Abklärung bei Lynch-Syndrom (*Gene: MLH1, MSH2, MSH6, PMS2*)

Patient*in:

Name (inkl. Ledigname) _____ Vorname _____
 Geburtsdatum _____ Geschlecht weiblich männlich
 Adresse _____
 Hausarzt _____

Klinische Angaben (bitte ankreuzen):	
• Alter bei Diagnosestellung:	_____
• Auftreten:	familiär sporadisch
• Kolorektalkarzinom:	nein ja, Alter bei Diagnosestellung _____ Lokalisation: _____
• Extrakolonische Tumoren (Endometrium, Magen, Dünndarm, Ovar, hepatobiliäres System, ableitende Harnwege, andere):	nein ja, Alter bei Diagnosestellung _____ Lokalisation: _____
Familienanamnese (s.a. Stammbaum-Formular)	
Bemerkungen:	

Rechnungsstellung: Erfolgt direkt an die Krankenversicherung oder das Zuweiserspital bei stationären Patienten (Kopie der Kostengutsprache benötigt). Falls eine Rechnungsstellung nur und direkt an die Patientin oder den Patienten gewünscht ist, bitte hier ankreuzen:

Versand der Blutprobe: 2-5 ml EDTA-Blut bei Raumtemperatur per A-Post an:

Universitätsspital Basel
 Medizinische Genetik
 Labor Molekulargenetik
 Schönbeinstrasse 40
 4031 Basel

Arzt-/Praxis-Stempel

Entnahmedatum: _____

Unterschrift des auftraggebenden Arztes/Ärztin: _____

Mit seiner Unterschrift bestätigt der auftraggebende Arzt die gesetzlich geforderte genetische Beratung durchgeführt oder veranlasst zu haben. Für molekulargenetische Analysen wird eine schriftliche Einverständniserklärung der Patientin/des Patienten benötigt. Das Einholen einer Kostengutsprache wird vorgängig empfohlen.