



Vereinbarung und Untersuchungsauftrag für eine Präimplantationsdiagnostik

	<u>Angaben zur Partnerin:</u>	<u>Angaben zum Partner:</u>
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Strasse & Hausnr.:
PLZ & Wohnort:
Telefon:

Angaben zu den molekularen Krankheitsursachen in der Familie bzw. beim Paar:

Indexpatient(in):

Erkrankung:

Gen:

Mutation(en):

(Bitte Originalbefunde bzw. Befundkopien der genetischen Untersuchungen beilegen.)

Eine genetische Beratung gemäss Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) ist erfolgt:

Ort:

Datum:

Beratungsstelle:

Beraterin oder Berater:

Auftrag für genetische Untersuchung(en):

- PGT-M** (PGD) = Diagnostik für monogene (Mendelsche) Krankheit mittels Karyomapping (Auftragsgebühr: 24 CHF, DNA Extraktionen: 3 bis 5 mal je 61 CHF, Untersuchungskosten bei den Embryonen: bis 4 Embryonen 3000, bis 8 Embryonen 4000 und bis 12 Embryonen 5000 CHF zuzüglich 105 CHF je Embryo für den direkten Nachweis der familiären Mutation)
- PGT-A** (PGS) = Aneuploidie-Screening mittels VeriSeq / Cytochip Analyse (Auftragsgebühr 24 CHF plus 250 CHF pro Embryo ohne familiäre Mutation)



Einverständnis des Paares zu den genetischen Untersuchungen:

Mit unseren Unterschriften bestätigen wir, dass wir

- mit der Durchführung der genetischen Analysen an den Biopsien der Embryonen einverstanden sind.
- verstanden haben, dass die Untersuchungen nicht alle Chromosomenanomalien erkennen können und auch für gezielt untersuchte chromosomale oder monogene Krankheiten nicht absolut sicher sind.
- mit der Weiterverwendung des restlichen Analysematerials in verschlüsselter Form für die Qualitätssicherung sowie Optimierung der Tests einverstanden sind und es für die Beantwortung wissenschaftlicher Fragen zur Verfügung stellen (*Bitte streichen Sie diesen Punkt durch, falls Sie nicht zustimmen möchten*).

Wir wurden ferner darauf hingewiesen, dass

- wir für die Übernahme der Kosten (siehe Seite 1) selbst und unabhängig von der Kostenübernahme durch die Krankenkasse verantwortlich sind.
- die Durchführung der genetischen Untersuchungen vom positiven Bescheid des lokalen bzw. zuständigen PID-Boards (UZH/USZ o. a.) abhängt.

Ort:

Datum:

Unterschrift der Partnerin:

Unterschrift des Partners:

Beschluss / Entscheid des zuständigen PID-Boards:

Indikation erfüllt nicht erfüllt weiterer Klärungsbedarf

Verantwortliche Fachperson IMM (Stempel, Datum und Unterschrift):