

Anmeldeformular zur molekulargenetischen Abklärung bei Polyposis coli (*Gene: APC, MUTYH, ggf. weitere*)

Patient*in:

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

Klinische Angaben (bitte ankreuzen):

- **Alter bei Diagnosestellung:**
- **Auftreten:** familiär sporadisch
- **Polyphen-Anzahl** (bitte Endoskopie-/Histologiebericht beilegen) **Lokalisation:**
 < 100 Polypen: ca _____
 ca. 100 – 1000 Polypen _____
 > 1000 Polypen _____
- **Kolorektalkarzinom:** nein ja, Alter bei Diagnosestellung _____
- **Extrakolonische Manifestationen** (Magen-, Dünndarmpolypen, Desmoid, Osteom, Lipom, kongenitale Hypertrophie des retinalen pigmentepithels (CHRPE), weitere Karzinome)
 nein ja, Alter bei Diagnosestellung _____
 Lokalisation _____
 Tumorart _____

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.