

*Vom Arzt auszufüllen!
Bitte senden Sie dieses Dokument mit der Probe an das Labor.*

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w d

Straße: _____

PLZ Wohnort: _____

Land: _____

Ethnische Zugehörigkeit: _____

oder

Patienten-ID (anonymisierte Probe): _____

Auftraggeber

Labor / Verantwortlicher Arzt

Stempel

Auftrag / Indikation

Folgender Auftrag / folgende Aufträge wird / werden unter Berufung auf das zum Zeitpunkt der Beauftragung aktuelle Leistungsverzeichnis der PharmGenomics GmbH erteilt:

Zutreffendes bitte ankreuzen

Extraktion genomischer DNA

EDTA-Vollblut Wangenabstrich entfällt (Einsendung extrahierter DNA)

Molekulargenetische Analyse

DPD*2A (5-FU Toxizität) Faktor II
(Thrombose-Risiko) Faktor V
(Thrombose-Risiko)

LCT (Laktoseintoleranz) HLA (Zöliakie) ALDOB (Fruktoseintoleranz)

Andere im Leistungsverzeichnis aufgeführte Analyse (ggf. Nr. angeben):

Bitte Rückseite beachten

Ärztliche Erklärung

Die Patientin / der Patient wurde ausreichend und vollständig gemäß dem GenDG aufgeklärt. Die PharmGenomics GmbH vernichtet die personenbezogenen Daten und die medizinischen Ergebnisse / Befunde nach 10 Jahren, außer es wird vorher anderweitig verfügt.

- Mir liegt die unterschriebene und vollständig ausgefüllte Einwilligungserklärung der Patientin / des Patienten bzw. seiner gesetzlichen Vertreter vor.
- Wir bestätigen, dass bei der Probennahme und Auftragsvergabe das vor Ort gültige Recht eingehalten wurde.

Datum

Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Vom Patienten auszufüllen

Erklärung des Patienten / der Patientin (entfällt bei anonymisierten Einsendungen)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ich bin einverstanden, dass erhobene Daten / Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt und anonymisiert in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.
- Ich wünsche die Vernichtung der Probe nach Abschluss der Untersuchung.

Ich bin mit der Aufbewahrung und der Verwendung der Probe einverstanden:

- Zum Zwecke der Qualitätssicherung, der studentischen Lehre, der Erforschung der o.g. Indikation und der Verbesserung der Diagnostik und Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form.

Datum

Unterschrift des Patienten / der Patientin