

Vom Arzt auszufüllen!

Bitte senden Sie dieses Dokument mit der Probe an das Labor.

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w

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 entfällt

EDTA-Vollblut Speichel Wangenabstrich FFPE-Gewebe

Molekulargenetische Analyse

GenoChip 5-FU GenoChip CYP+ GenoChip Toxo

GenoChip Artero GenoChip Food

GenoChip CYP2D6 GenoChip Onco

LCT (Laktoseintoleranz) HLA (Zöliakie) ALDB (Fruktoseintoleranz)

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

Express-Analyse: Ergebnis innerhalb von 2 Werktagen nach Probeneingang
(plus 28 € zzgl. MwSt.)

Rückseite beachten

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.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Die Patientin / der Patient ist 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.

Die Patientin / der Patient wünscht die Vernichtung der Probe nach Abschluss der Untersuchung.

Die Patientin / der Patient ist mit der Aufbewahrung der Probe einverstanden:

Zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der erhobenen Ergebnisse.

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.

Zur Verwendung für zukünftige neue Diagnosemöglichkeiten für die o.g. Indikation.

Datum

Unterschrift des verantwortlichen Arztes