

Untersuchungsauftrag

Name, Vorname (Pat.) _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Ethnische Zugehörigkeit: _____

oder

Patienten-ID (anonymisierte Probe): _____

Auftraggeber Labor/ Verantwortlicher

Arzt

Stempel

Auftrag/Indikation - Diagnose/Verdacht

Erklärung:

Die Patientin/ der Patient wurde ausreichend und vollständig gemäß dem GenDG aufgeklärt. Mir liegt die Einwilligungserklärung vor. Die PharmGenomics GmbH vernichtet nach 10 Jahren die personenbezogenen Daten und medizinischen Ergebnisse/Befunde. Es sei denn es wird vorher anderweitig verfügt.

Die Einwilligungserklärung (Kopie) liegt dem Untersuchungsauftrag bei.

Zutreffendes bitte ankreuzen, falls keine (Kopie der) Einwilligungserklärung mitgeschickt wird (anonymisierte Probe).

Der Patient wünscht die Vernichtung der Probe nach Abschluss der Untersuchung.

Die Patientin/ der Patient ist mit der Aufbewahrung der Probe zu folgenden Zwecken einverstanden.

für Zwecke der Qualitätssicherung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form.

und Verwendung für die studentische Lehre, Erforschung der o.g. Erkrankung und Verbesserung der Diagnostik und Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form.

Express-Diagnostik – binnen zwei Arbeitstagen nach Probeneingang (zzgl. 28,- € zzgl. MWSt)

Es gelten die Preise aus dem Leistungsverzeichnis (www.Pharmgenomics.de).

Ort, Datum:

Unterschrift des verantwortlichen Arztes: