

AUFTRAG zur genetischen Analyse

ARZTSTEMPEL

PATIENT

Vorname _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht männlich weiblich

Anschrift _____

 Dies ist die Rechnungsadresse.

E-Mail _____

ZUWEISER*(optional)*

Klinik (Abteilung) / Ordination _____

Anschrift _____

 Dies ist die Rechnungsadresse.

Telefon-Nr. _____

Informationen für das Labor _____

ANALYSE MedikamenteCheck**PROBEN-
MATERIAL** EDTA Blut (4ml), ungekühlt Speichel

Datum der Probenentnahme _____

Einverständniserklärung zur genetischen Analyse

Diese Erklärung wird vollständig ausgefüllt und unterfertigt, gemeinsam mit dem Probenmaterial, an Permedio, Ordination Doz. Dr. Stefan Wöhrer, PhD, Schwarzottstraße 2a, MSC2, 2620 Neunkirchen, gesendet. Wenn die Probe ohne diese vollständig ausgefüllte und unterfertigte Erklärung eingesendet wird, oder die Erklärung Streichungen oder Ergänzungen aufweist, können die medizinischen Dienstleistungen nicht in Anspruch genommen werden.

1. Ich bin damit einverstanden, dass an einer von mir entnommenen Probe eine genetische Analyse durchgeführt wird.

ja
 nein

2. Ich bestätige, dass die eingesandte Probe von mir stammt.

ja
 nein

3. Ich bestätige, dass ich über Wesen, Tragweite, Aussagekraft und mögliche Fehlerquellen der geplanten genetischen Analyse aufgeklärt wurde.

ja
 nein

4. Ich habe die Grenzen der Untersuchung verstanden und mir ist bewusst, dass ich mich bei etwaigen Fragen an die zuweisenden bzw. die genetische Untersuchung durchführenden Ärzte wenden kann.

ja
 nein

5. Ich weiß, dass ich die Untersuchung jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen lassen kann und/oder auf die Ergebnismitteilung verzichten kann. Die Kosten für die Analyse fallen jedoch trotzdem an.

ja
 nein

6. Ich erteile die Erlaubnis, dass die Proben und die daraus resultierenden Befunde in anonymisierter Form auch für wissenschaftliche Zwecke, die der Aufklärung der Krankheitsentstehung oder Weiterentwicklung der diagnostischen bzw. therapeutischen Möglichkeiten dienen, sowie für Publikationen in wissenschaftlichen Journalen verwendet werden dürfen.

ja
 nein

7. Ich erteile die Erlaubnis zur Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus.

ja
 nein

Sollte bei einer Aussage von 1-5 „nein“ angekreuzt werden, kann die Analyse nicht durchgeführt werden.

In seltenen Fällen kann es im Rahmen von genetischen Untersuchungen zum Nachweis von Krankheiten oder Veranlagungen für Krankheiten kommen, die nicht im direkten Zusammenhang mit der oben angegebenen Indikation stehen (Zufallsbefunde). Sollte dies auftreten, bitte ich

- keine Mitteilung zu aufgetretenen Zufallsbefunden zu erhalten
- um die Mitteilung von Zufallsbefunden für Krankheiten, zu denen Therapie oder Prophylaxe möglich sind.
- zusätzlich auch um die Mitteilung von Zufallsbefunden für Krankheiten, zu denen derzeit keine Therapie oder Prophylaxe möglich sind.

(Wird nichts angekreuzt, gehen wir davon aus, dass keine Zufallsbefunde mitgeteilt werden sollen.)

Einwilligungserklärung der Kundin/des Kunden

Meine bei der Registrierung auf med.permedio.at eingegebenen persönlichen Daten werden zum Zweck der Erfüllung der von mir bei Permedio beauftragten und in Anspruch genommenen medizinischen Dienstleistungen verarbeitet. Diese medizinischen Dienstleistungen im Falle des Medikamentschecks haben den Zweck, mir Informationen zur Medikamentensicherheit (Wirksamkeit, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Verträglichkeit bei Allergien) bereitzustellen. Darüber hinaus willige ich ein, dass meine nachfolgend angeführten persönlichen Daten zum Zweck der Erfüllung der angeforderten Analysen verarbeitet werden dürfen:

1. **Meine genetischen Daten**, die ich mittels meiner entnommenen Probe zur Verfügung stelle
2. **Meine pharmakogenetischen Daten** zu Wirksamkeit und Verträglichkeit von Medikamenten, die durch Abgleich meiner genetischen Daten mit einer auf klinischen Studien beruhenden Wirksamkeits- und Verträglichkeits-Datenbank ermittelt werden
3. **Meine Angaben zu Medikamenten** (falls ich diese Angaben bei Inanspruchnahme der medizinischen Dienstleistungen mache)
4. **Meine Angaben zu bekannten Allergien** (falls ich diese Angaben bei Inanspruchnahme der medizinischen Dienstleistungen mache) und
5. **Meine Angaben zu meiner/meinem/meinen behandelnden Ärztin/Arzt/Ärztinnen/Ärzten** (falls ich diese Angaben bei medizinischen Dienstleistungen mache).
6. *Optional: Meine Angaben zu meinen biometrischen Daten* (z.B. Blutdruck, Körpergewicht, etc.)

Diese Einwilligung kann ich jederzeit per E-Mail an info@permedio widerrufen.

Bestätigungen/Auftragserteilung der Patientin/des Patienten

- ✓ Ich bestätige, dass ich die dem vorliegenden Test-Kit beiliegende Anleitung gelesen und befolgt habe.
- ✓ Ich bestätige, dass ich die auf med.permedio.at einsehbaren „Allgemeinen Geschäftsbedingungen“, die mich über Zweck, Art, Inhalt, Aussagekraft und Aussagegrenzen der von mir bestellten medizinischen Dienstleistungen informieren sowie den Datenschutz gelesen und verstanden habe und ihnen zugestimmt habe.
- ✓ Ich bestätige, dass ich etwaige Änderungen bei der Einnahme von Medikamenten nicht eigenmächtig, sondern nur nach Rücksprache mit meiner/meinem/meinen behandelnden Ärztin/Arzt/Ärztinnen/Ärzten durchführen werde.
- ✓ Ich erteile den Auftrag zur kostenpflichtigen Analyse.

Ort, Datum	Name (Patient)	Unterschrift (Patient)
-------------------	-----------------------	-------------------------------

optional:

Ort, Datum	Name (Zuweiser)	Unterschrift (Zuweiser)
-------------------	------------------------	--------------------------------
