

AUFTRAG für Ärzte zur genetischen Analyse

PATIENT***Vorname** _____ ***Nachname** _____***Geburtsdatum** _____ ***Geschlecht** ☐ männlich ☐ weiblich***Straße** _____***PLZ** _____ ***Ort** _____**SV-Nummer** _____***Telefon-Nr.** _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Anrede Herr/Frau bzw. männlich/weiblich basierend auf dem genetischen Geschlecht, angewendet wird.

*Pflichtfelder

ARZT**Klinik (Abteilung) / Ordination / Arzt** _____**Anschrift / Rechnungsadresse** _____**Telefon-Nr.** _____**E-Mail** _____**ANALYSE**☐ **MedikamenteCheck** (EDTA Blut oder Speichel)**PROBEN-
MATERIAL**☐ **EDTA Blut (4ml), ungekühlt**☐ **Speichel****Datum der Probenentnahme** _____

Einwilligungserklärung des Kunden

Meine bei der Registrierung auf www.permedio-genetik.com 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 MedikamenteChecks 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 meinem/meinen behandelnden Arzt/Ärzten** (falls ich diese Angaben bei medizinischen Dienstleistungen mache).
6. *Optional: Meine Angaben zu meinen biometrischen Daten* (z.B. Blutdruck, Körpergewicht, etc.)

Bestätigungen/Auftragserteilung des Patienten

- ✓ Ich bestätige, dass ich die dem vorliegenden Test-Kit beiliegende Anleitung gelesen und befolgt habe.
- ✓ Ich bestätige, dass ich die auf www.permedio-genetik.com 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 meinem/meinen behandelnden Arzt/Ärzten durchführen werde.
- ✓ Ich erteile den Auftrag zur kostenpflichtigen Analyse.

MedikamenteCheck wird als ärztliche Leistung von der Privatordination Dr. Stefan Wöhrer verrechnet.

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

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

Permedio International GmbH
Privatordination Dr. Stefan Wöhrer

Schwarzottstraße 2a, MSC1
2620 Neunkirchen, Österreich

E beratung@permedio.at
T +43-2635-21012-500

www.permedio-genetik.com