

AUFTRAG für Ärzte zur genetischen Analyse

PATIENT

*Vorname _____ *Nachname _____

*Geburtsdatum _____ *Geschlecht männlich weiblich

Größe _____ Gewicht _____
relevant für den Report Diät & Ernährung *relevant für den Report Diät & Ernährung*

*Straße _____

*PLZ _____ *Ort _____

SV-Nummer _____

*E-Mail _____

*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)

HealthRiskCheck – Polygenetische Risikofaktoren Gesamtbericht
(EDTA Blut oder Speichel)

NICHT gewünschte Marker durchstreichen:

Prostatakrebs, Brustkrebs, Kolorektales Karzinom, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck, Vorhofflimmern, Triglyzeride, Hypo-HDL-Cholesterinämie, Hyper-LDL-Cholesterinämie, Lipoprotein (a), Alzheimer

Kombination: MedikamenteCheck & HealthRiskCheck (EDTA Blut oder Speichel)

ANALYSE

- EpigenetikCheck** (NUR EDTA Blut)
- NICHT während einer akuten Infektion durchführen!** Empfohlen ab dem 30. Lebensjahr.

- LifestyleCheck inkl. einem Report** (EDTA Blut oder Speichel)

Name des Reports: _____
(siehe untenstehende Liste)

Zusätzliche kostenpflichtige Reports:

- Report Diät & Ernährung + Gewicht & Körperfett
 - Report Fitness + Knochen, Gelenke & Muskeln
 - Report Gesundheit der Atemwege
 - Report metabolische Gesundheit
 - Report Schmerz
 - Report Hormongesundheit
 - Report Müdigkeit + Schlaf
 - Report Nieren & Harnwege
 - Report Haut & Schönheit
 - Report Gesundheit des Gehirns + Persönlichkeit
 - Report Immunsystem & Entzündungen
 - Report kardiovaskuläre Gesundheit
 - Report Darmgesundheit
- Kombination:** LifestyleCheck (inkl. 1 Report) & HealthRiskCheck
 - Kombination:** LifestyleCheck (inkl. 1 Report) & MedikamenteCheck

MedikamenteCheck und HealthRiskCheck werden als ärztliche Leistung von der Privatordination Dr. Stefan Wöhrer verrechnet.

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

**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 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

4. 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

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

 ja
 nein

Wird bei einer Aussage von 1-3 „nein“ angekreuzt, kann die Analyse nicht durchgeführt werden.

Relevant für MedikamenteCheck:

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.)

Relevant für HealthRiskCheck:

Diese Analyse kann ab dem 18. Lebensjahr 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.)

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.

Ort, Datum

Name (Patient)

Unterschrift (Patient)

Ort, Datum

Name (Arzt)

Unterschrift (Arzt)