

ARZTSTEMPEL

AUFTRAG

zur pharmakogenetischen Analyse

PATIENT

Vorname _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht: männlich weiblich

Anschrift _____

Dies ist die Rechnungsadresse.

E-Mail _____

ANALYSE

- MediCheck:
 - Einmalzahlung
 - Ratenzahlung
 - Jahresabo (ab dem 2. Jahr)

**AKTUELLE
TARIFE
LAUT
BEILAGE**

PROBEN- MATERIAL

- Backenabstrich

Datum der Probenentnahme _____

AUFTRAGSERTEILUNG

- Ich erteile den Auftrag zur kostenpflichtigen Analyse.

Datum

Name (Patient)

Unterschrift (Patient)

Datum

Name (Arzt)

Unterschrift (Arzt)

Einverständniserklärung zur pharmakogenetischen Analyse

Diese Erklärung wird vollständig ausgefüllt und unterfertigt, gemeinsam mit der Gewebeprobe aus dem Mundhöhlenabstrich an Permedio, Ordination Doz. Dr. Stefan Wöhler, PhD, Schwarzottstraße 2a, MSC2, 2620 Neunkirchen, gesendet. Wenn die Gewebeprobe 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.

Einwilligungserklärung des Patienten

Meine im Auftrag zur pharmakogenetischen Analyse angegebenen persönlichen Daten werden zum Zweck der Erfüllung der von mir bei Permedio beauftragten und in Anspruch genommenen medizinischen Dienstleistungen verarbeitet. Diese medizinischen Dienstleistungen 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 genannten medizinischen Dienstleistungen verarbeitet werden dürfen:

1. **Meine genetischen Daten**, die ich mittels Mundhöhlenabstrichs (Gewebeprobe) 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/n behandelnden Arzt/Ärzten** (falls ich diese Angaben bei Inanspruchnahme der medizinischen Dienstleistungen mache).

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

Bestätigungen des Patienten

- ✓ Ich bestätige, dass der eingesandte Mundhöhlenabstrich (Gewebeprobe) von mir stammt.
- ✓ Ich bestätige, dass ich die beiliegenden und auf pgx.permedio.at einsehbaren „Allgemeinen Geschäftsbedingungen“, die mich über Zweck, Art, Inhalt, Aussagekraft und Aussagegrenzen der von mir bestellten medizinischen Dienstleistungen informieren, und ebenso die Datenschutzerklärung gelesen und verstanden habe sowie ihnen zustimme.
- ✓ Ich bestätige, dass ich etwaige Änderungen bei der Einnahme von Medikamenten **nicht eigenmächtig**, sondern nur nach Rücksprache mit meinem/n behandelnden Arzt/Ärzten durchführen werde.

Datum

Name (Patient)

Unterschrift (Patient)