


Dieses Feld nur bedrucken, bitte nicht überkleben!

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Adresse der Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Arztstempel der verantwortlichen ärztlichen Person

PRS



WM-8012-DE-031

Barcode aufkleben

ANFORDERUNGSFORMULAR – POLYGENIC RISK SCORES (PRS)



TESTOPTIONEN (je Option € 312,81 *)

<input type="checkbox"/> Mammakarzinom Eine Untersuchung hinsichtlich monogener Ursachen sollte erfolgt sein, bitte Befund beilegen.	Gesamt-Cholesterin: <input type="text"/> mg/dl
<input type="checkbox"/> Prostatakarzinom	HDL-Cholesterin: <input type="text"/> mg/dl
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2	Systolischer Blutdruck: <input type="text"/> mmHg
<input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankungen Wir bitten um folgende Zusatzangaben:	Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Raucher**:
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

* GOÄ-Ziffern: GOÄ-Ziffern (Anzahl/Faktor): 3920 (1/1,5), 3924 (9/1,15), 85 (1/2,3), 95 (1/1), P1 (1/1)
 ** Nikotinkonsum in den letzten 12 Monaten (bspw. durch Zigaretten, E-Zigaretten, Kau- oder Schnupftabak)

Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz

Nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) bin ich mit den genetischen Untersuchungen entsprechend der beiliegenden Anforderung bzw. zur Klärung der obengenannten klinischen Fragestellung einverstanden. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache der Erkrankung angesehen werden können.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, verarbeitet und ausgewertet werden und ggf. in anonymisierter Form wissenschaftlich verwendet und in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden.

Ich erkläre mich einverstanden mit:

- der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern. Nein
- der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus. Nein
- der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für neue Diagnosemöglichkeiten und zur Qualitätssicherung. Nein
- der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken. Nein

Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG gilt für mich bzw. stellvertretend für mein Kind und kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Name, Vorname aufklärender Arzt

Ort, Datum

Unterschrift aufklärender Arzt

Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in)

Schriftliche Vereinbarung zur Selbstzahlerleistung

Mir ist bekannt, dass die oben aufgeführten und von mir gewünschten ärztlichen Leistungen und Laborleistungen des MGZ und den einsendenden Arztpraxen nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören. Demzufolge erstattet die gesetzliche Krankenkasse diese Leistungen nicht. Es ist auch nicht gewährleistet, dass eine Kostenerstattung durch meine private Krankenversicherung erfolgen wird. Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich diese Leistungen selbst bezahlen muss, falls kein Kostenträger Erstattungen leistet. Ich wünsche durch meine verantwort. Ärztin/meinen verantwort. Arzt den PRS als Privatpatientin in Anspruch zu nehmen. Der Wunsch ist nicht auf Initiative meiner Ärztin/meines Arztes zustande gekommen. Auch wurde ich über den Nutzen und die Risiken dieser Behandlung aufgeklärt. Ich beauftrage hiermit die Durchführung des PRS mit der oben gewählten Option.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtigen ich/wir das MGZ – Medizinisch Genetische Zentrum widerruflich, die von mir/uns zu entrichtende Zahlung gemäß oben/umseitig gewählten Testoptionen und angekreuzter Leistung nach Ergebnismitteilung an den verantwortlichen Arzt/Ärztin einzuziehen. Ich erhalte postalisch eine Rechnung, auf der die Gläubiger-ID sowie die Mandatsreferenz mitgeteilt wird. Auch im Falle eines Verzichts auf Mitteilung des Untersuchungsergebnisses bin ich zur Zahlung verpflichtet.

Nachname des Kontoinhabers	Vorname des Kontoinhabers
IBAN	Ort
BIC/SWIFT	Datum (TT/MM/JJJJ)
	Unterschrift der Patientin/des Kontobevollmächtigten

MGZ – Medizinisch Genetisches Zentrum

Prof. Dr. med. Dipl.-Chem. Elke Holinski-Feder
 PD Dr. med. Angela Abicht
 Dr. med. Teresa Neuhan
 Partnerschaft von Fachärztinnen für Humangenetik mbB, MVZ

Bayerstraße 3-5 | 80335 München
 Telefon: +49 (0)89 30 90 886 - 400 | Fax: - 444
 info@mgz-muenchen.de | www.mgz-muenchen.de

Kontoverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank
 IBAN: DE51 3006 0601 1006 6952 13 | SWIFT: DAAEDEDXXX
 Kontoinhaber: MGZ – Medizinisch Genetisches Zentrum
 UST-ID: DE DE288087570