



ID

Patient*in

Adresse

Kasse

Vers. Nr.

Geb.

Diagnose

Geschlecht

w.

m.

Arzt/Ärztin Stempel

Datum der
ProbennahmeUhrzeit der
Probennahme**DNA ANALYSE**

ColonAiQ * Probenabholung nur Mo-Mi, bitte die Probe gesondert verpackt und mit Hinweis ColonAiQ dem Boten übergeben.

**PROBENGEWINNUNG- UND VERSORGUNG VOR ORT**

RT	Material
CF	Cell-Free DNA Alkoholreste trocknen lassen. Mind. 8 ml mit Nadel 20-22 G langsam einfließen lassen, ohne Butterfly. 8-10x sanft schwenken, nicht schütteln.

RT = Lagerung bei Raumtemperatur

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG/DECLARATION OF CONSENT**für die ColonAiQ Untersuchung, auszufüllen von dem*der Patient*in
for the ColonAiQ examination, to be completed by the patient**

Mit der Unterzeichnung dieses Anforderungsscheins gebe ich meine freiwillige, ausdrückliche und ordnungsgemäß informierte Zustimmung an Trignostics GmbH und Clinomics Europe Ltd., meine Probe zu verarbeiten und die angeforderte Untersuchung durchzuführen. Ich erkläre, dass ich die Informationen über den Zweck des Tests und die Ergebnisse vollständig gelesen, verstanden und akzeptiert habe. Weiterhin erkenne ich an, dass die Interpretation des Inhalts des Laborberichts, sei es allein oder in Verbindung mit anderen Quellen, kein Ersatz für eine professionelle medizinische Meinung ist. Ich erkläre, dass ich die Datenschutzerklärung von Trignostics GmbH gelesen, verstanden und akzeptiert habe. Diese ist in elektronischer Form auf der Website des Unternehmens (www.trignostics.com) verfügbar. Ich bin einverstanden, dass meine Daten für Marketingzwecke (zB. Erinnerung) durch die Trignostics GmbH verwendet werden.

By signing this request form, I give my voluntary, explicit, and properly informed consent to Trignostics GmbH and Clinomics Europe Ltd. to process my sample and perform the requested analysis. I confirm that I have fully read, understood, and accepted the information regarding the purpose of the test and its results. Furthermore, I acknowledge that the interpretation of the laboratory report, whether alone or in combination with other sources, is not a substitute for professional medical advice. I confirm that I have read, understood, and accepted the privacy policy of Trignostics GmbH, which is available electronically on the company's website (www.trignostics.com). I consent to the processing of my personal data, specifically for the purpose of receiving newsletters from Trignostics GmbH.

ICH STIMME ZUOrt, Datum
Place, DatePatient*in Unterschrift *
Signature of Patient *

*Unterschrift Patient*in oder gesetzliche/r Vertreter*in; im Falle von Personen mit eingeschränkter oder keiner Zustimmungsfähigkeit, die Unterschrift und leserlich geschriebener Name des gesetzlichen Vertreter*in. *Signature of the patient or legal representative; in the case of individuals with limited or no capacity to consent, the signature and legibly written name of the legal representative.

* Privatleistung