



Name Patient*in/Pseudonym

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kasse

Vers. Nr.

Geb.

Diagnose

Geschlecht

w.

m.

Stempel Einsendende Institution

Einsendende Institution

Datum

Befund an Patient*in via Post

Ja

Nein

Befund an Einsendende Inst. via

Post

Medicalnet

Befundportal IHR LABOR

Rechnungsadressat

Patient*in

Einsendende Inst.

GENPANEL

CYP2B6, CYP2C19, CYP2C9, CYP2D6, CYP3A4, CYP3A5, CYP4F2, DPYD, HLA-B, NUDT15, SLCO1B1, TPMT, UGT1A1, VKORC1, 2C Cluster *

A

oder

E

Die Partnerfirma INTLAB AG interpretiert die genetischen Daten und erstellt mit SONOGEN XP das pharmakogenetische Profil inkl. qualifizierter Therapieempfehlungen.

PROBENVERSORGUNG VOR ORT, WENN DER TRANSPORT ZU IHR LABOR AM GLEICHEN TAG NICHT MÖGLICH IST:

RT	Material
A	Abstrichset Tupfer mind. 30 Sek. kräftig an der inneren Wangenseite reiben, dann auf der anderen Seite wiederholen. Anschließend 10 Min. an der Luft trocknen lassen und verschließen.
E	EDTA (nicht zentrifugiert)

RT = Lagerung bei Raumtemperatur

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur pharmakogenetischen Analyse „IHR PGX“ gemäß § 69 des österreichischen Gentechnikgesetzes idgF

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich von der einsendenden Institution über Wesen, Tragweite, Aussagekraft, mögliche Konsequenzen sowie Chancen, Einschränkungen und Risiken der geplanten genetischen Untersuchung umfassend aufgeklärt wurde, Fragen stellen konnte und die Informationen verstanden habe. Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen per E-Mail an info@ihrlabor.at widerrufen.

Ich stimme der Durchführung der pharmakogenetischen Analyse durch IHR LABOR zu. Ich wurde von der einsendenden Institution darüber informiert, dass die pharmakogenetische Analyse eine kostenpflichtige Privatleistung ist und keine Kassenleistung darstellt. Die Höhe des Entgelts wurde mir vor Durchführung der Untersuchung bekannt gegeben; ich erkläre mich mit der Verrechnung ausdrücklich einverstanden.

Die Analyse erfolgt durch IHR LABOR, die fachliche Auswertung durch den Kooperationspartner INTLAB AG. Ich stimme der Übermittlung des Befundes an die einsendende Institution zu. Eine Befundübermittlung an mich erfolgt – sofern vereinbart – postalisch.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Die einsendende medizinische Institution (Ordination, Klinik etc.) bestätigt hiermit, dass der/die Patient*in über Wesen, Tragweite, Aussagekraft, mögliche Konsequenzen sowie Chancen, Einschränkungen und Risiken der pharmakogenetischen Untersuchung sowie über deren Kosten vollständig aufgeklärt wurde und in die Durchführung der Untersuchung eingewilligt hat. Rechnungsempfänger ist entsprechend der oben getroffenen Auswahl die einsendende Institution oder der/die Patient*in; im Zweifel erfolgt die Rechnungslegung an den/die Patient*in.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
der einsendenden Institution

* Privatleistung

1/1