

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer molekulargenetischen Analyse

Patienten-Etikett

Name, Vorname:

Geb.-Dat.:

Adresse (bei Privatpatienten):

Hiermit gebe ich meine Einwilligung, dass eine molekulargenetische Analyse bei mir/ meiner Tochter/meinem Sohn durchgeführt wird.

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten (Diagnose und Vorerkrankungen) und meine sonstigen abrechnungstechnisch erforderlichen Angaben (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Adressdaten, Angaben zur Krankenkasse, Versicherungsstatus) für die molekulargenetische Analyse notwendigen Umfang verarbeitet werden und dabei auch an die PVS Sachsen, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden zu Abrechnungszwecken übersandt werden. Diese Weitergabe ist notwendig, um die erbrachten Leistungen gegenüber den Krankenkassen und Krankenversicherungen abzurechnen. **Da eine andere Abrechnungsmöglichkeit nicht besteht, kann bei einer fehlenden Einwilligung die Untersuchung durch die Agendix GmbH nicht durchgeführt werden.**

Ich entbinde in dem für die molekulargenetische Analyse erforderlichen Umfang meinen Arzt/Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Agendix GmbH, Fiedlerstraße 36, 01307 Dresden.

Über die in Frage kommende Erkrankung und deren genetische Grundlagen/Ursachen sowie die Aussagemöglichkeiten und Aussagegrenzen der molekulargenetischen Diagnostik in meinem speziellen Fall bin ich aufgeklärt worden. Ich nehme zur Kenntnis, dass alle Ergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Diese Einwilligung erteile ich freiwillig. Ich kann die Einwilligung ohne Angaben von Gründen jederzeit schriftlich an Agendix GmbH, Fiedlerstraße 36, 01307 Dresden, per E-Mail: labor@agendix.de oder per Fax an 035145697522 mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der anonymisierten Verwendung von überschüssigem Untersuchungsmaterial für wissenschaftliche Zwecke stimme ich zu.

Ja Nein

Ort/Datum

Unterschrift Patient/Patientin
bzw. gesetzlicher Vertreter