**MMD GmbH & Co. KG**

**EP – EPIGENETIK**

**EP1** - Adaptive Response Profile

**Alle Angaben bitte in BLOCKSCHRIFT.** Stand: 15.11.2026

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Patientendaten | **Name, Vorname, Geb.-Datum, Geschlecht** | | | | |
| | **Anschrift** | Straße | | | Nr. |
| | | PLZ | Ort | | |
| | **Telefon** | | | | |
| | **E-Mail** | | | | |
| Praxisdaten | **Name, Anschrift, Tel., E-Mail** | | | | |
| Pflichtfelder | **Abnahmedatum** | | | | |
| | **Klinische Angaben Diagnose/ICD** | | | | |
| | **Rechnung an** | ☐ Patient | ☐ Praxis | ☐ Unternehmen | |
| | **Befundübermittlung an** | ☐ Patient | ☐ Institut / Praxis | | |
| von MMD auszufüllen | **GO-Nummer** | | | **Eingangsdatum** | |
| | **Auftragsnummer** | | | | |

| POS. | ACHSE / MODUL | PARAMETER | MATERIAL / PROBENMATRIX | Auswahl vom Auftraggeber auszufüllen | MATRIX von MMD auszufüllen | PREIS € (brutto) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Epigenetische Therapiebegleitung** | | | | | |
| EP1.1 | **Adaptive Response Profile (ARP)** *CORE* | Methylierung von TRIM59, KLF14 und FHL2 | **EDTA-Blut** | ☐ | E ☐ | 271,47 |
| EP1.2 | **Adaptive Response Profile (ARP)** *Energy – Energiemodul PGC-1α* | Methylierung von PPARGC1A (PGC-1α) | **EDTA-Blut** | ☐ | E ☐ | 171,00 |
| EP1.3 | **Adaptive Response Profile (ARP)** *Extended – Globales Methylierungsprofil* | 5mC, 5hmC; Methylierungsdynamik (errechnet) | **EDTA-Blut** | ☐ | E ☐ | 221,22 |
| EP1.4 | **Adaptive Response Profile (ARP) –** *Complete (CORE + Energy + Extended)* | Methylierung von TRIM59, KLF14, FHL2 und PPARGC1A (PGC-1α); 5mC, 5hmC; Methylierungsdynamik (errechnet) | **EDTA-Blut** | ☐ | E ☐ | 542,96 |

**Messzeitpunkt: Basismessung (vor Therapiebeginn)** ☐

**Messzeitpunkt: Kontrollmessung** ☐ **Vorbefund-Nr.:** _____

**Begleitetes Verfahren:** _____ **Therapiebeginn (Datum):** _____

**Probenmaterial: venöses EDTA-Blut** ☐ **Kapillarblut (EDTA-Microvette)** ☐

***Bitte Rückseite beachten***

**Pflichtangaben:** Das Abnahmedatum geht unmittelbar in die präanalytische Qualitätsbewertung ein. Ohne diese Angabe kann die Probenqualität nicht beurteilt werden.

**Hinweise zum Versand durch „GO" und zur Abholung der Blutproben:** Blutentnahme nur montags bis donnerstags und nicht vor einem Feiertag. **Versand am Tag der Blutabnahme: über Nacht ohne Kühlung.** Das MMD-Labor bitte sofort nach Terminierung, mindestens jedoch 2 Stunden vor der Abholung, mit der Transportorganisation beauftragen (https://www.mmd-labor.de/de/service/Transport/).

**Hinweise zum eigenhändigen Versand z. B. durch DHL Express: Die Proben müssen innerhalb von 24h nach Blutabnahme im LABOR sein (MMD GmbH & Co. KG, im ZENIT II, Brenneckestr. 20, 39118 Magdeburg). Blutentnahme nur montags bis mittwochs und nicht vor einem Feiertag.**

**Präanalytik nach Material (siehe Informationsblatt „Präanalytik EP1"):**

| Material | Präanalytik – bitte exakt einhalten |
|---|---|
| EDTA | Venöses EDTA-Blut, mindestens 2 ml, oder Kapillarblut in EDTA-Microvetten (für EP1.3/Extended mind. 100 µl). Für Verlaufsmessungen bitte stets dasselbe Material verwenden.<br>Versand bei RT. Ankunft im Labor spätestens 48h nach Blutabnahme |

## A) Einwilligung des Patienten in die markierten Untersuchungen nach Maßgabe der folgenden Hinweise

### 1. Wirtschaftliche Hinweise gemäß § 630 c BGB

Ich möchte die markierten Laboruntersuchungen in Anspruch nehmen. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir beauftragten Untersuchungen nur teilweise erbracht werden, wenn und soweit diese Teiluntersuchungen eine eigenständige diagnostische Aussage treffen und die weiteren von mir beauftragten Untersuchungen oder Untersuchungsteile nicht erbracht werden können.

Die markierten Leistungen werden von der MMD GmbH & Co. KG (MMD) erbracht. Zusätzlich zu den Kosten für die Untersuchungen werden die Kosten für die angeforderte Übersendung von Materialien zur Probenentnahme an einen Patienten im Ausland sowie für den Probentransport (s. u.) in Rechnung gestellt, wenn ich MMD auf der Grundlage einer gesonderten Leistungsvereinbarung mit der Probenabholung unter Einschaltung des Kurierdienstes GO! EXPRESS beauftrage.

Mir ist bekannt, dass die gesetzlichen Krankenkassen die markierten Untersuchungen nicht erstatten. Bei privaten Krankenkassen richtet sich eine Kostenerstattung nach den jeweiligen Versicherungsbedingungen und kann deshalb nicht gewährleistet werden. Ich verpflichte mich daher als Selbstzahler bzw. als Privatpatient, die Kosten der Untersuchung und möglicher Zusatzkosten unabhängig von einer Kostenerstattung durch Dritte selbst zu tragen.

### 2. Kosten des Probentransports

Wenn ich MMD mit der Probenabholung unter Einschaltung des Kurierdienstes GO! EXPRESS beauftrage, werden mir folgende Kosten berechnet:

| | |
|---|---|
| Abholung in Deutschland | 35,00 € (über Nacht, ohne Kühlung) |
| Abholung in Österreich | 84,00 € (über Nacht, ohne Kühlung) |
| Abholung in der Schweiz | 126,00 € (über Nacht, ohne Kühlung) |

### 3. Datenschutzrechtliche Hinweise

Ich bin einverstanden, dass Angaben zu meiner Person zum Zweck der Leistungserbringung übermittelt werden (Name, Anschrift, Kontaktdaten, Geburtsdatum und Geschlecht, ggf. Angaben zu Körpergröße und -gewicht, Anamnese und Medikation). Ich gebe diese Einwilligung freiwillig ab und kann sie jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass Befund und Rechnung als pdf-Datei per E-Mail an die von mir und/oder meinem Therapeuten mitgeteilte Mailadresse übermittelt werden, auch wenn eine Verschlüsselung nicht vorliegt und deshalb ein unbefugter Zugriff auf diese E-Mails nicht ausgeschlossen werden kann.

### 4. Verarbeitung meiner Untersuchungsergebnisse und meines Probenmaterials

Ich bin damit einverstanden, dass das von mir eingesendete Probenmaterial und die daraus gewonnenen Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form zu Forschungszwecken und zum Zwecke der Publikation verwendet werden dürfen (siehe Informationsblatt „Verwendungszweck Forschung"):

JA ☐ NEIN ☐

Datum _____

Unterschrift des Patienten _____