

Patientendaten	Praxisdaten
Name:	Anschrift:
Vorname:	
geb. am:	
Anschrift:	
Telefon:	
E-Mail:	
Blutabnahmedatum:	Erklärung des Patienten:
Klinische Angaben / Diagnose:	Hiermit beauftrage ich die MMD GmbH & Co. KG, die unten angekreuzten labormedizinischen Untersuchungen zu den angegebenen Preisen in Anlehnung an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) durchzuführen. Ich bin damit einverstanden, dass die MMD GmbH & Co. KG mir zzgl. zu den Untersuchungspreisen bei Beauftragung einer Probenabholung innerhalb Deutschlands durch den Transportdienstleister „GO EXPRESS“ Transportkosten in Höhe von max. 35,00 € in Rechnung stellt, wenn die Abholung bis spätestens 15 Uhr erfolgt. Bei späterer Abholung können je nach Ort und Zeit zusätzliche Kosten anfallen. Bei Transporten aus dem Ausland sind die dabei entstandenen Kosten (für die Zusendung des Abnahmebestecks und der Rücksendung der Probe) zu bezahlen.
Abrechnung der Untersuchung	Mein behandelnder Arzt / Heilpraktiker hat mich über die labormedizinischen Untersuchungen und die dadurch verursachten Kosten aufgeklärt, insbesondere darüber, dass die Kosten der von mir beauftragten labormedizinischen Untersuchungen nicht von den gesetzlichen Krankenversicherungen erstattet werden.
Rechnung an:	Ich bin damit einverstanden, dass ich die labormedizinischen Untersuchungen und ggf. anfallende Transportkosten unabhängig davon zu bezahlen habe, ob meine Krankenversicherung diese erstattet.
Patient <input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Unternehmen <input type="checkbox"/>	Datum: _____
Befundübermittlung (ausschließlich per E-Mail) an:	Unterschrift: _____
Patient <input type="checkbox"/>	
Institut / Praxis <input type="checkbox"/>	

Funktionsanalysen von Enzymen mittels molekularbiologischer Methoden			
Leistung/Material/Versandart	Parameter		Preis in €
COMT Material: 1 x E (mind. 1ml) Versand: normaler Postversand	Bestimmung des COMT (Catechol-O-methyltransferase)-Polymorphismus rs4680 (Val158Met)	<input type="checkbox"/>	93,26
Glutathion-Peroxidase 1 (GSPX1) Material: 1 x E (mind. 1ml) Versandart: normaler Postversand	Bestimmung des mitochondrialen Glutathionperoxidase-1-Polymorphismus rs1050450 (CS93T; Pro198Leu)	<input type="checkbox"/>	93,26
Glutathion-S-Transferasen (GSTM1, GSTT1) Material: 1 x E (mind. 1ml) Versandart: normaler Postversand	Analyse von GSTM1 und GSTT1 Deletionen (Fehlen der Gene)	<input type="checkbox"/>	144,55
Katalase Material: 1 x E (mind. 1ml) Versand: normaler Postversand	Bestimmung des mitochondrialen Katalase-Polymorphismus rs1001179 (-262C >T)	<input type="checkbox"/>	93,26
MAO-A und MAO-B Material: 1 x E (mind. 1ml) Versandart: normaler Postversand	Bestimmung der uVNTR-Polymorphismen im Monoaminoxidase-A (MAO-A)-Gen und Bestimmung des Monoaminoxidase-B (MAO-B)-Polymorphismus rs1799836 (A1348-36G)	<input type="checkbox"/>	144,55
MTHFR Material: 1 x E (mind. 1ml) Versand: normaler Postversand	Bestimmung der Methylen-Tetrahydrofolat-Reduktase-Polymorphismen rs1801133 und rs1801131 (677 C>T; 1298A>C)	<input type="checkbox"/>	144,55
SOD-2 Material: 1 x E (mind. 1ml) Versand: normaler Postversand	Bestimmung des SOD2-Polymorphismus rs4880 (C>T; Val16Ala)	<input type="checkbox"/>	93,26

Hinweise: Bei Anforderung mehrerer enzymatischer Analysen mittels Molekularbiologie für einen Patienten **ist nur 1 x E erforderlich!**

Erläuterungen zum Material: E = EDTA

Wichtiger Hinweis zum Gendiagnostikgesetz

Die vom Patienten in Auftrag gegebenen genetischen Untersuchungen (s. S. 1) dürfen nur unter der Gesamtverantwortung eines Arztes durchgeführt werden, wenn diese medizinischen Zwecken dienen. Eine genetische Untersuchung zu medizinischen Zwecken ist eine diagnostische (s. im Einzelnen § 3 Nr. 7 Gendiagnostikgesetz) oder prädiktive (s. im Einzelnen § 3 Nr. 8 Gendiagnostikgesetz) genetische Untersuchung.

Zutreffendes bitte ausfüllen:

Die vom Patienten in Auftrag gegebenen Untersuchungen (Ifd. Nr. _____) dienen **medizinischen Zwecken**. In diesem Fall ist folgende schriftliche Erklärung vom Patienten und dem behandelnden Arzt abzugeben:

Einverständniserklärung zur Durchführung einer Funktionsanalyse von Enzymen mittels molekularbiologischer Methoden:

Hiermit erteile ich gegenüber meiner verantwortlichen ärztlichen Person mein Einverständnis für die Durchführung der vorstehend bezeichneten Funktionsanalysen von Enzymen mittels molekularbiologischer Methoden bei mir oder bei meinem minderjährigen Kind. Ich bestätige, dass ich vor Einholung dieses Einverständnisses durch die verantwortliche ärztliche Person über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung aufgeklärt worden bin. Mir ist nach der Aufklärung eine angemessene Bedenkzeit bis zur Entscheidung über die Einwilligung eingeräumt worden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit gegenüber der verantwortlichen ärztlichen Person widerrufen und dass ich die Vernichtung des Untersuchungsmaterials und aller bis dahin erhobenen Ergebnisse verlangen kann. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an mich nicht zulässig ist.

Die verantwortliche ärztliche Person bestätigt dies durch ihre Unterschrift und fordert die vom Patienten beauftragten Funktionsanalysen von der MMD GmbH & Co. KG an.

/	/	/	
Ort	Datum	Unterschrift des <u>Patienten</u>	Unterschrift des <u>Arztes</u>

Die vom Patienten in Auftrag gegebenen Untersuchungen (Ifd. Nr. _____) dienen **nicht medizinischen Zwecken**. In diesem Fall ist folgende schriftliche Erklärung vom behandelnden Arzt/Heilpraktiker abzugeben:

Bestätigung:

Hiermit bestätige ich der MMD GmbH & Co. KG, dass die vorstehend bezeichneten Funktionsanalysen von Enzymen mittels molekularbiologischer Methoden von mir nur zu nicht medizinischen Zwecken entsprechend dem Gendiagnostikgesetz verwendet werden und ich den Patienten darüber aufgeklärt habe.

/	/	/	
Ort	Datum	Unterschrift des <u>Patienten</u>	Unterschrift des <u>Arztes/Heilpraktikers</u>