



ANFORDERUNGSFORMULAR UND EINVERSTÄNDNIS- ERKLÄRUNG

LABORATOIRES RÉUNIS

Laboratoires Réunis Luxembourg S.A.
Tél. +352 780 290-1
contact@labo.lu

Patient

Matricule:

Nachname:

Mädchenname:
(falls zutreffend)

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Nr. & Straße:

PLZ: Ort:

Land:

Tel./GSM:

E-Mail:

Verschreibender Arzt

Arztcode:

Nachname:

Vorname:

Nr. & Straße:

PLZ: Ort:

Land:

Tel./GSM:

E-Mail:

Verschreibungsdatum:

Ablaufdatum:

(2 Monate, außer Datum festgelegt, max. 6 Monate)

Datum und Uhrzeit
der Probenentnahme:

Patienteneinwilligungserklärung Datenschutz

Alle personenbezogenen Daten werden im Einklang mit der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 geschützt. Details zu Datenschutzbestimmungen sind auf unserer Webseite erhältlich: www.labo.lu

Einwilligung des Patienten zur Kostenübernahme

Mit meiner Unterschrift autorisiere ich Laboratoires Réunis zur Durchführung der angeforderten Tests.
Die dafür entstehenden Kosten werde ich tragen.

Ich bin darüber informiert worden, dass gegenüber meiner Krankenkasse kein Anspruch auf Kostenerstattung der von mir angeforderten Analysen besteht.

Bezüglich der durchgeführten Analysen erhalte ich innerhalb der nächsten Tage eine Rechnung von Laboratoires Réunis.

Datum und Unterschrift des Patienten
(oder gesetzlicher Vertreter, z. B. beide Eltern)

Stempel und Unterschrift des Arztes

Patient

Matricule:

Geburtsdatum:

Nachname:

Mädchenname:

Vorname:



Bei Anforderung genetischer Tests muss die Einverständniserklärung, die ordnungsgemäß vom Patienten und dem Arzt unterzeichnet ist, beigelegt werden.

GENETISCHE TESTS

☐ EDTA
MYFITGEN



MyFitnessGenes® *

Analyse von 82 genetischen Varianten, verteilt auf 70 Gene, die mit dem sportlichen Potenzial, dem Nährstoffbedarf, individuellen Empfindlichkeiten und präventiven Maßnahmen im Zusammenhang mit körperlicher Aktivität in Verbindung stehen.

299,00 €

☐ EDTA
MYNUTGEN



MyNutriGenes® *

Analyse von 102 genetischen Varianten, verteilt auf 75 Gene, die mit Ernährung und Gewichtskontrolle in Verbindung stehen.

330,63 €

☐ EDTA
MYPHARMGEN



MyPharmaGenes® *

Analyse von 88 genetischen Varianten, verteilt auf 32 Gene, zur Bewertung der Reaktion und des Risikos von Nebenwirkungen bei mehr als 100 Medikamenten.

546,25 €

☐ EDTA
MYVITDGEN



MyVitDGenes® *

Analyse von 16 genetischen Varianten, verteilt auf 7 Gene, die mit dem Vitamin-D-Stoffwechsel in Zusammenhang stehen.

214,19 €

☐ EDTA
MYWELLGEN



MyWellnessGenes® *

Analyse von 43 genetischen Varianten, verteilt auf 38 Gene, die mit Ernährung und metabolischer Gesundheit in Verbindung stehen.

222,81 €

☐ EDTA
ALPOGEN



Alopecia *

Analyse genetischer Varianten im Zusammenhang mit androgenetischer Alopezie, einschließlich spezifischer Polymorphismen im AR-Gen und am Locus 20p11.22, zur Bewertung des Risikos für Haarausfall.

122,48 €

☐ EDTA
BASICGEN



Basic *

Analyse von 14 genetischen Varianten, verteilt auf 12 Gene, die mit den Regenerationsfähigkeiten des Körpers in Verbindung stehen, zur Bewertung von Krankheitsrisiken und zur Optimierung der Behandlung chronischer Erkrankungen.

215,63 €

☐ EDTA
DETOXGEN



DETOX *

Analyse von 19 genetischen Varianten, verteilt auf 14 Gene, die mit der Entgiftung in Verbindung stehen und an der Verstoffwechselung von Medikamenten, Toxinen, Fetten, Homocystein, Katecholaminen und oxidativem Stress beteiligt sind.

373,75 €

☐ EDTA
THRMBGEN



Thrombose *

Thrombose
Analyse genetischer Varianten im Zusammenhang mit dem Thromboserisiko, verteilt auf 7 Gene, die an der Blutgerinnung und am Arzneimittelstoffwechsel beteiligt sind, zur Bewertung der Veranlagung zur Bildung von Blutgerinnseln.

215,53 €

☐ EDTA
EMOTIOGEN



Emotionale Balance *

Analyse genetischer Varianten, verteilt auf 10 Gene, die mit der emotionalen Regulation in Zusammenhang stehen, zur Erkennung von Veranlagungen für depressive Zustände, emotionale Instabilität, Suchtverhalten und Angststörungen.

215,63 €

☐ EDTA
HRTGEN



Hormon Ersatztherapie (HRT) *

Analyse von 9 genetischen Varianten, verteilt auf 8 Gene, die mit der Hormonersatztherapie in Zusammenhang stehen, zur Bewertung der therapeutischen Vorteile und des Risikos von Nebenwirkungen entsprechend individueller Veranlagungen.

215,63 €

☐ EDTA
METHYLGEN



Methylierung *

Analyse von 14 genetischen Varianten, verteilt auf 11 Gene, die die Effizienz der Methylierungs- und Entgiftungsfunktionen des Körpers beeinflussen.

215,63 €

☐ EDTA
TITANGEN



Titan-Implantat-Versagen *

Analyse genetischer Varianten in den Genen IL1A, IL1B, IL1RN und TNFA zur Beurteilung des individuellen Risikos für Periimplantitis und das Versagen von Titan-Zahnimplantaten, im Zusammenhang mit einer erhöhten Anfälligkeit für Entzündungsreaktionen.

122,48 €

☐ EDTA
SMPHARMGEN



Small Pharma *

Analyse von 20 genetischen Varianten, verteilt auf 4 Gene, zur Beurteilung der Medikamentenwirkung und des Risikos von Nebenwirkungen.

299,00 €

☐ EDTA
INTOLGEN



Intoleranzen Profil *

Fructose, Lactose, Gluten und Histamin.

299,00 €

☐ EDTA
FRUCGEN



Fructose *

ALDOB

122,48 €

☐ EDTA
HISTAGEN



Histamin *

ABP1

122,48 €

☐ EDTA
AMY1AGEN



AMY1A *

99,00 €

☐ EDTA
APOE GEN



APO E *

99,00 €

☐ EDTA
COMTGEN



COMT *

99,00 €

☐ EDTA
DIO2GEN



DIO2 *

99,00 €

☐ EDTA
FUT2GEN



FUT2 *

99,00 €

☐ EDTA
GUCY1A3GEN



GUCY1A3 *

99,00 €

☐ EDTA
MAOAGEN



MAO-A *

99,00 €

☐ EDTA
OGG1GEN



OGG1 *

99,00 €

LEGENDE

Kursiv: Interne Referenz

EDTA: Vollblut

*: Genetische Analyse(n) durchgeführt von ProteoPath GmbH (Trier, Deutschland)

: Genetische Einverständniserklärung ausfüllen und unterschreiben (auf der letzten Seite)

Patient

Matricule:

Geburtsdatum:

Nachname:

Mädchenname:

Vorname:

Sehr geehrte/r Arzt/Ärztin, sehr geehrte/r Patient/in,

Bitte füllen Sie alle nachstehenden Felder sorgfältig aus, da gemäß der Gesetzgebung zur humangenetischen Analyse, der das Labor ProteoPath GmbH unterliegt, keine Analyse durchgeführt werden kann, wenn diese Angaben nicht vollständig in der Anforderung enthalten sind.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass:

Pflichtfeld

Sie von Ihrem behandelnden Arzt über Aussagen und Konsequenzen der genetischen Untersuchung umfassend aufgeklärt wurden und Sie diese Erklärung verstanden haben;

☐ Ja

Sie im o.g. Aufklärungsgespräch alle Sie interessierenden Fragen stellen konnten und diese Ihnen vollständig und verständlich beantwortet wurden;

☐ Ja

Ihnen bekannt ist, dass Sie die Zustimmung jederzeit widerrufen und die Untersuchung abbrechen können (Recht auf Nichtwissen);

☐ Ja

Sie die Proteopath GmbH oder ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor dazu ermächtigen, genetische Untersuchungen für Sie selbst oder für die o.g. Person in Ihrer Eigenschaft als Sorgeberechtigte/r durchzuführen;

☐ Ja

Sie mit der Verwendung des Probenmaterials für o.g. genetische Untersuchung einverstanden sind;

☐ Ja

Ihre personenbezogenen und medizinischen Daten von Proteopath GmbH erhoben, verarbeitet und genutzt werden;

☐ Ja

alle Angaben, die Sie gemacht haben, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung, der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO) unterliegen und ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen. Sie können diese Einwilligung oder Teile davon jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen;

☐ Ja

der Befund an Ihren behandelnden Arzt bzw. weitere Ärzte übermittelt wird.

☐ Ja

Sie erklären sich zusätzlich einverstanden mit:

Optional

der Aufbewahrung und Verwendung des aus dem Probenmaterial gewonnenen Untersuchungsguts für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke in pseudonymisierter Form;

☐ Ja

der Aufbewahrung und Nutzung erhobener Daten in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke.

☐ Ja

Patient

Ich bestätige, dass ich alle in diesem Einwilligungsformular angegebenen Informationen zur Kenntnis genommen habe und klare sowie präzise Informationen über die Durchführung genetischer Tests erhalten habe.

Ich erkläre außerdem, dass ich über die Vertraulichkeit meiner Daten, die Verarbeitung meiner zu analysierenden Proben und meine Einwilligung zu einem genetischen Test informiert wurde.

Nachname

Mädchenname

Vorname

Geburtsdatum

Datum der Einverständniserklärung

Unterschrift des Patienten
oder gesetzlicher Vertreter,
z. B. beide Eltern

Verschreibender Arzt

Ich bestätige, dass ich der oben genannten Patientin/dem oben genannten Patienten klare und präzise Informationen gemäß der geltenden nationalen Gesetzgebung zur Durchführung genetischer Tests gegeben habe (z. B. Artikel L-1131.2 des französischen Gesundheitsgesetzbuchs oder Gendiagnostikgesetz in Deutschland).

Ich erkläre außerdem, dass ich überzeugt bin, dass meine Patientin/mein Patient in der Lage ist, eine Einwilligung zu geben, auch wenn sie/er minderjährig ist oder unter Betreuung steht.

Nachname

Vorname

**Unterschrift und Stempel
des verschreibenden Arztes**