



Patientendaten

Vor- und Nachname

.....

SV.Nr.

Geb.-Datum

.....

Straße/PLZ/Ort

.....

.....



.....



.....

AuftraggeberIn

Abnahmedatum und – uhrzeit

.....

RechnungsempfängerIn

☐ PatientIn

☐ AuftraggeberIn

HUMANGENETIK

Blutgerinnung

- ☐ Faktor-V-Leiden* 2 oder 4 € 185,04
☐ Prothrombin* 2 oder 4 € 185,04

Immunologie

- ☐ HLA-B27 (axiale Spondylarthritis)* 2 oder 4 € 129,53
☐ HLA DQ2 und HLA DQ8 (Zöliakie) 4 € 99,02

Metabolismus

- ☐ Hereditäre Hämochromatose* 2 oder 4 € 240,55
☐ Laktoseintoleranz 2 oder 4 € 69,34
☐ Fruktoseintoleranz 2 oder 4 € 142,87

Pharmakogenetik

- ☐ MTHFR C677T* 4 € 114,19
☐ MTHFR A1298C* 4 € 114,19
☐ CYP2C9* 4 € 208,96
☐ CYP2C19* 4 € 208,96

INFEKTIONS DIAGNOSTIK

Sexuell übertragbare Infektionen

- ☐ Chlamydien/Gonokokken* 1 oder 3 € 100,94
☐ STI-Erreger* 1 oder 3 € 216,71
Chlamydia trachomatis-DNA, Neisseria gonorrhoeae-DNA, Trichomonas vaginalis-DNA, Mycoplasma genitalium-DNA, HSV-1-DNA und HSV-2-DNA

Erregernachweis

- ☐ Dermatophyten (Haut- und Fußpilz)* 7 € 154,-
☐ Borrelien-DNA* 6 € 79,-
☐ FSME-RNA* 6 € 79,-
☐ Kombi Borrelien und FSME* 6 € 125,-

ALLERGIEDIAGNOSTIK

- ☐ Allergiescreen ALEX⁵ € 176,03
☐ Nahrungsmittelantigentest FOX⁵ € 165,03
☐ Kombi ALEX und FOX⁵ € 296,98

Alle Preise inklusive gesetzl. MwSt.. Es gelten unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen.
Preisliste: Stand Jänner 2024. Änderungen vorbehalten.

*Analyse wird von einem kooperierenden Labor durchgeführt

Probenmaterial

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1 - Genitalabstrich | 5 - Heparin-Blut |
| 2 - Mundhöhlenabstrich | 6 - Zecke |
| 3 - Anfangsstrahl des Morgenurins | 7 - Haut, Haare oder Nägel |
| 4 - EDTA-Blut | |



WEITERE UNTERSUCHUNGEN*

Anmerkungen:

Einverständniserklärung DSGVO und Selbstzahlung

- Ich beauftrage das Institut für gentechnische Untersuchungen Dr. Stangassinger GmbH mit der Durchführung der angeforderten Leistungen. Mir ist bekannt, dass die von mir gewünschten Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassenversicherungen gehören, nicht Bestandteil der ärztlichen Grundversorgung sind und kein Anspruch auf Erstattung der Leistungen durch die gesetzliche Krankenkasse besteht.
- Ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten nach DSGVO einverstanden. Meine Daten werden zur Erfüllung der Dienstleistungen verarbeitet und gegebenenfalls an erforderliche Dritte weitergegeben. Meine Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nur im notwendigen Umfang genutzt. Die vollständige Datenschutzerklärung finde ich online unter www.geninstitut.at/datenschutz.

Ort, Datum:

Unterschrift:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG BEI HUMANGENETISCHEN ANALYSEN

Bei Ihnen ist die oben genannte genetische Untersuchung nach Ihrem freien Willen geplant. Laut §69 Gentechnikgesetz müssen Sie vor Durchführung der Untersuchung schriftlich einwilligen. Sie sind sich über die Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung im Klaren bzw. wurden darüber aufgeklärt (von uns oder Ihrem behandelnden Arzt). Die Ergebnisse unterliegen der Schweigepflicht. Das Probenmaterial wird nur für die genannte Untersuchung verwendet und wenn notwendig an Dritte weitergegeben. Eine einmal gegebene Einwilligung kann jederzeit schriftlich zurückgenommen werden. Ich gebe mein Einverständnis für:

- Eine Aufbewahrung der Ergebnisse (Befund) über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus.
- Die Weiterleitung des Untersuchungsmaterials an kooperierende Laboratorien zur Durchführung der Analyse.
- Die Nutzung meiner Daten gemäß Datenschutzgesetz.
- Die Aufbewahrung der Proben für 7 Jahre.

Ich bin über die Möglichkeiten und Grenzen der Untersuchung(en) aufgeklärt worden, insbesondere über die Möglichkeit zur Inanspruchnahme eines Beratungsgesprächs vor und nach der Analyse, und erkläre mein Einverständnis.

Ort, Datum

Ärztin / Arzt

PatientIn / gesetzliche(r) VertreterIn