

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Bitte beachten Sie, dass die Leistungen von einem Partnerlabor druchgeführt werden!

Auftragsbarcode bitte hier aufkleben!

Arztstempel



panorama™

ZOTZ | KLIMAS

MVZ Düsseldorf-Centrum GbR

Immermannstr. 65 A

40210 Düsseldorf

info@panorama-test.de

www.zotzklimas.de

Tel.: 0211 60 00 70

Fax: 0211 60 00 71 71

INFORMATIONEN ZUR SCHWANGERSCHAFT BEI DER BLUTENTNAHME

Die Patientin muss mindestens in der Schwangerschaftswoche 9 + 0 sein!

Datum der Blutentnahme: _____ Körpergröße in cm: _____

Schwangerschaftswoche + Tag: _____ IVF-Schwangerschaft - Alter der Mutter bei Entnahme: _____ ja nein

Erwartetes Geburtsdatum: _____ Schwangerschaft mit Leihmutter oder Eizellspende: _____ ja nein

Datum des Ultraschalls: _____

Körpergewicht in kg: _____

Telefonnummer der Patientin für Rückfragen

Zwillingsschwangerschaft

ja Monochorial

nein Dichorial

Nicht bekannt

Bei dizygoten Zwillingen oder Schwangerschaften mit Eizellspende kann nicht auf 22q untersucht werden. Das Panorama Premiumpanel ist für Zwillingsschwangerschaften und Schwangerschaften mit Eizellspende nicht verfügbar. Proben mit vorliegendem Vanishing Twin, Drillingen und höhergradigen Mehrlingen, Zwillingen aus einer Schwangerschaft mit Leihmutter oder mit Eizellspende, können wir nicht annehmen.

AUFTRAG FÜR EINE PRÄNATALE GENETISCHE UNTERSUCHUNG

Ich beauftrage das MVZ Düsseldorf-Centrum GbR, mit der Durchführung einer genetische Untersuchung auf folgende Anomalien mit Panorama™ mittels einer Probe meines Blutes, vorzunehmen, mit folgendem Panel:

Essential Trisomie 13, 18, 21 + Triploidien	<input type="checkbox"/>	239,00 €	High Basis + DiGeorge-Syndrom 22q11.2	<input type="checkbox"/>	319,00 €
Essential Plus Trisomie 13, 18, 21 + Mikrodeletion DiGeorge-Syndrom 22q11.2	<input type="checkbox"/>	269,00 €	Premium Basis + 5 Mikrodeletionssyndrome (22q11.2, 1p36, Prader-Willi, Angelman, Cri-du-Chat)	<input type="checkbox"/>	449,00 €
Basis inkl. gonosomale Aneuploidien + Triploidien	<input type="checkbox"/>	299,00 €	Die Geschlechtsmitteilung ist erwünscht - ohne Aufpreis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte ärztliche und Laborleistung nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört und dass die Liquidation für diese Leistung auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt und von mir selbst zu zahlen ist. Ich erteile mein Einverständnis zur Übermittlung aller für die Abrechnung erforderlicher Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Diagnosen, Behandlungsdaten) an die DAMA Verrechnungsstelle, 50259 Pulheim.

Ort und Datum

X

Unterschrift der Patientin / Vertragspartnerin

ANFORDERUNG NACH §7 / §8 GENDG

Ich habe die Patientin / Vertragspartnerin auf der Basis meiner spezifischen Qualifikation genetisch beraten und erbitte gem. § 7 GenDG ihre pränatale genetische Untersuchung mit Panorama™ beim MVZ Düsseldorf-Centrum GbR, an. Die Untersuchung dient der vorgeburtlichen Risikoabklärung (Trisomie 21, 18, 13, Monosomie X und ggf. Triploidie) und soll an der eingesandten Blutprobe erfolgen. Eine Einverständniserklärung der Patientin / Vertragspartnerin liegt vor. Darüber hinaus bin ich mit dem vorstehenden Vertragsinhalt und den umseitigen AGBs einverstanden. Die Patientin / Vertragspartnerin hat eine Durchschrift erhalten.

Ort und Datum

X

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

PATIENTENEINWILLIGUNG ZUR DURCHFÜHRUNG DES NATERA PANORAMA™-NIPT-Tests GEMÄß §7 / §8 GENDIAGNOSTIK-GESETZ

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass Panorama™ aus meiner Blutprobe durchgeführt wird. Ich bestätige, durch meinen Arzt entsprechend dem deutschen Gendiagnostik-Gesetz (GenDG) ausführlich genetisch beraten und über die Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens aufgeklärt worden zu sein. Dabei hatte ich ausreichend Zeit und Gelegenheit, offene Punkte anzusprechen. Mir wurde erläutert, dass es sich bei Panorama™ nicht um ein diagnostisches Verfahren handelt und ein unauffälliges Ergebnis eine Chromosomenstörung nicht vollkommen ausschließt. Mir ist bekannt, dass mir entsprechend dem GenDG das kindliche Geschlecht erst nach Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche (entsprechend SSW 14+0 nach der letzten Regelblutung) mitgeteilt werden darf. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich den Auftrag jederzeit gegenüber dem verantwortlichen Arzt widerrufen kann. Im Falle eines Widerrufs habe ich die bis dahin entstandenen Kosten zu tragen. Weiterhin wurde ich über mein Recht auf Nichtwissen des Ergebnisses informiert.

Ort und Datum

X

Unterschrift der Patientin / Vertragspartnerin

ABRECHNUNG

Hiermit ermächtige ich die DAMA Verrechnungsstelle (Gläubiger-ID DE86ZZZ00002257551) die Kosten für die oben genannten Untersuchungen vom meinem Girokonto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DAMA Verrechnungsstelle auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Name Kontoinhaber/in: _____

Geldinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

X
Unterschrift des/r Kontoinhabers/in

X
Ihre Telefonnummer für Rückfragen

Sie haben Fragen? Rufen Sie uns an – wir sind für Sie da! 0211 - 60 00 70

GENETISCHE BERATUNG UND UNTERSUCHUNG

- Die Abrechnung erfolgt durch meine Praxis.
- Ich bitte um Abrechnung über die DAMA Verrechnungsstelle.

		GOÄ	Faktor	Euro
1. Beratung	<input type="checkbox"/>	1	2,3	10,72
Ultraschall	<input type="checkbox"/>	415 + 403	2,3	60,33
Blutentnahme	<input type="checkbox"/>	250	2,3	5,36
2. Beratung	<input type="checkbox"/>	3	2,3	20,10
Sonstige Leistung	<input type="checkbox"/>			

Einverständniserklärung

Name, Anschrift (bitte eintragen)

Geburtsdatum (bitte eintragen)

Zum Zweck der Durchführung und Abrechnung des Panorama-Pränataltests übermittelt Ihr betreuender Arzt die umseitigen personenbezogenen Daten sowie die von Ihnen entnommene Blutprobe an das bearbeitende Labor ZOTZ|KLIMAS - MVZ Düsseldorf-Centrum GbR, Immermannstraße 65 A, 40210 Düsseldorf (im Folgenden: ZOTZ|KLIMAS). ZOTZ|KLIMAS arbeitet bei der medizinischen Untersuchung mit Natera International Inc., 201 Industrial Road, Suite 410, San Carlos, California, USA 94070 (im Folgenden: Partner) zusammen. Für die Durchführung des Panorama-Pränataltests ist es erforderlich, neben der Blutprobe folgende personenbezogene Daten an den Partner zu übermitteln: Name, Geburtsdatum, Körpergewicht, Körpergröße, Angaben zur Schwangerschaft. Da es sich um Daten mit Gesundheitsbezug und somit um besonders schutzwürdige personenbezogene Daten handelt, hat ZOTZ|KLIMAS mit dem Partner strikte vertragliche Abmachungen getroffen, um den höchstmöglichen Schutz Ihrer Daten zu gewährleisten. Ihre von ZOTZ|KLIMAS übermittelten Daten werden vom Partner grundsätzlich nur zu Untersuchungszwecken verarbeitet. Sobald die Ergebnisse feststehen und die Resultate zurückgesandt wurden, vernichtet der Partner die erhaltenen Daten. Lediglich wenn Sie ausdrücklich zustimmen, können Reste der Blutprobe - ohne Ihre sonstigen Daten - zum Zweck der internen Qualitätssicherung sowie zur Weiterentwicklung des Test-verfahrens verarbeitet werden. Trotz dieser strengen vertraglichen Vorkehrungen ist darauf hinzuweisen, dass das Datenschutzniveau des Landes unseres Partners dem der EU nicht entspricht. Weder liegt ein Angemessenheitsbeschluss der EU-Kommission vor, noch existieren sonstige geeignete Garantien, die im Ergebnis einen gleichwertigen Datenschutz bestätigen würden. In Bezug auf Ihre übermittelten Daten lassen sich deshalb insbesondere folgende Risiken nicht vollständig ausschließen: Ihre personenbezogenen Daten könnten möglicherweise über den eigentlichen Zweck der Durchführung des Tests hinaus durch den Partner an Dritte, insbesondere staatliche Behörden, weitergegeben und zu anderen Zwecken genutzt werden. Zudem könnte es dazu kommen, dass Sie Ihre Betroffenenrechte gegenüber dem Partner möglicherweise nicht effektiv geltend machen bzw. durchsetzen können.

Mit Ihrer Unterschrift legitimieren Sie die soeben erläuterten Verarbeitungsprozesse, insbesondere auch die Übermittlung der Daten an den Partner trotz möglicher datenschutzrechtlicher Risiken. Die Verarbeitung erfolgt kraft Ihrer ausdrücklichen Einwilligung auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. a sowie Art. 49 Abs. 1 lit. a DSGVO. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Ihr Widerruf ist zu richten an: MVZ Düsseldorf-Centrum, Immermannstr. 65 a, 40210 Düsseldorf, info@zotzklimas.de; Telefon: 0211 27 101 0 Im Falle Ihres Widerrufs werden alle personenbezogenen Daten, die aufgrund Ihrer Einwilligung verarbeitet wurden, gelöscht und Ihre Blutprobe zerstört. Der Widerruf wird auch an den Partner weitergeleitet. Dieser hat sich uns gegenüber verpflichtet, gleichfalls sämtliche Daten zu löschen bzw. zu zerstören. Bitte beachten Sie, dass Ihre Daten zur Erfüllung gesetzlicher Dokumentationspflichten im Einzelfall unter Umständen dennoch gespeichert werden müssen. Sollte es vor Durchführung der Untersuchung zum Widerruf kommen, führt dies dazu, dass der von Ihnen beauftragte Panorama-Pränataltest nicht durchgeführt werden kann. Zusätzlich zum Widerruf können Sie als Betroffener bezüglich Ihrer verarbeiteten personenbezogenen Daten jederzeit die folgenden Rechte geltend machen: Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO), Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO). Wenden Sie sich dazu bitte an den bereits aufgeführten Ansprechpartner.

Mit folgender Unterschrift erkläre mich damit einverstanden, dass die soeben erläuterten Verarbeitungsprozesse durchgeführt werden. Mit der Verwendung meiner Probe zum Zweck der internen Qualitätssicherung oder zur Weiterentwicklung des Panorama-Pränataltests bin ich / bin ich nicht [nicht zutreffende Angabe streichen] einverstanden. Für die Durchführung des Panorama-Pränataltests entbinde ich zudem meine Ärztin/meinen Arzt (Name bitte eintragen) gegenüber den oben genannten Stellen von ihrer/seiner Schweigepflicht.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____