

ANFORDERUNG TESTSET FÜR LIQUID BIOPSY + EINWILLIGUNG DATENSCHUTZ

BITTE PER FAX AN: 0221-478-6183 SCHICKEN (PATHOLOGIE)

Chefarzt: _____

Name des anfordernden Arztes: _____

Adresse Krankenhaus/Praxis: _____

E-Mail-Adresse: _____

Hiermit fordere ich ein Testset für die Liquid Biopsy zur Untersuchung einer ESR1 Mutation der unten genannten Patientin an.

Name der Versicherten: _____

Geb. Datum: _____

Krankenkasse: _____

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG DATENSCHUTZ

Zur Abnahme der Liquid Biopsy ist die Anforderung eines speziellen Probensets über den Anforderungsschein des Instituts für Pathologie erforderlich. Zur Probenzuordnung werden Patientinnenname und Geburtsdatum abgefragt. Wir bitten daher um Ihr Einverständnis zur Datenspeicherung.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine auf dem Anforderungsschein eingegebenen Daten elektronisch gespeichert werden.

Die Angaben werden zwecks Bearbeitung der Anfrage sowie für den Fall, dass Anschlussfragen entstehen, gespeichert und nach 10 Jahren automatisch gelöscht.

Ich wurde hiermit darüber informiert und willige der Speicherung meiner Daten ein.

Ort / Datum

Unterschrift Patientin