

Patientendaten

Vorname:
Nachname:
Anschrift:
PLZ, Ort:
geb. am:
Telefon:
Email:

Behandelnder Arzt, Klinik bzw. Praxis

Stempel

Patienteneinwilligung und Auftragserteilung

Patienteneinwilligung:

Ich bin durch den oben genannten betreuenden Arzt über Wesen, Bedeutung, Ziel und Grenzen des Chemotherapie-Resistenz-Tests aufgeklärt worden und möchte diesen durchführen lassen. Mir ist bewusst, dass mir hierfür lebende Tumorzellen entnommen werden müssen.

Auftragserteilung und Vertragsgegenstand:

Ich beauftrage die TherapySelect Dr. Frank Kischkel einen Chemotherapie-Resistenz-Test (CTR-Test®) gemäß dem Anforderungsschein durchführen zu lassen. Die umseitig aufgeführten Allgemeinen Geschäftsbedingungen erkenne ich an. Der Gesamtpreis für die Standardversion des CTR-Tests® beträgt EUR 1.995,00 für die Testung von bis zu sieben Chemotherapeutika (Einzelsubstanzen oder deren Kombinationen). Optional können weitere Chemotherapeutika oder deren Kombinationen gemessen werden. Für jeweils bis zu sieben weitere Substanzen/Kombinationen erhöht sich der Gesamtpreis um 795,00 EUR. Kann im Anschluss an die Aufarbeitung und den Testansatz anhand des eingesandten Tumormaterials kein Testergebnis generiert werden, berechnen wir lediglich für die entstandenen Labor- und Logistikkosten eine Pauschale in Höhe von EUR 500,00. Eine vor dem CTR-Test durchgeführte Tumor-Einlagerung wird mit 500,00 EUR berechnet, wobei 250,00 EUR direkt auf die spätere Testung angerechnet werden. Der Preis für Proben aus dem Ausland kann sich ggf. durch zusätzliche Logistikkosten erhöhen.

Mir ist bewusst, dass ich die Kosten selbst tragen muss. Die Zahlung erfolgt durch Lastschrift von meinem Konto. Durch einen von mir gestellten Antrag bei meiner Krankenkasse kann u.U. eine (Teil-) Erstattung der Kosten erreicht werden.

Zusätzliche Einwilligungserklärung (Bitte durchstreichen, wenn Sie nicht zustimmen):

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die eingeschickten Proben und Daten, einschließlich späterer klinischer Befunde über das Behandlungsergebnis, vertraulich für Forschungszwecke und Nachbereitungen verwendet werden. Dies dient zur weiteren Verbesserung der Krebsdiagnostik (inklusive des CTR-Tests®) und Krebstherapie.

(Ort und Datum)

(Unterschrift Patient)

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) (A) die TherapySelect Dr. Frank Kischkel, Carl-Bosch-Straße 4, 69115 Heidelberg (Gläubiger-ID-Nummer: DE8100100001020697), die von mir (uns) zu entrichtenden Zahlungen für die angeforderten Leistungen bei Fälligkeit mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich (weisen wir) (B) mein (unser) Kreditinstitut an, die von TherapySelect Dr. Frank Kischkel auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenz(en) ist (sind) die Rechnungsnummer(n).

(Name des Kontoinhabers (der Kontoinhaber), wenn nicht oben genannter Patient: zusätzlich Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

Internationale Kontonummer IBAN: _____

SWIFT BIC: _____

Kreditinstitut (Name): _____
(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers (der Kontoinhaber))

Patientendaten

Behandelnder Arzt, Klinik bzw. Praxis

Vorname:

Nachname:

Stempel

Anschrift:

PLZ, Ort:

geb. am:

Telefon:

Email:

Patienteneinwilligung und Auftragserteilung

Patienteneinwilligung:

Ich bin durch den oben genannten betreuenden Arzt über Wesen, Bedeutung, Ziel und Grenzen des Chemotherapie-Resistenz-Tests aufgeklärt worden und möchte diesen durchführen lassen. Mir ist bewusst, dass mir hierfür lebende Tumorzellen entnommen werden müssen.

Auftragserteilung und Vertragsgegenstand:

Ich beauftrage die TherapySelect Dr. Frank Kischkel einen Chemotherapie-Resistenz-Test (CTR-Test®) gemäß dem Anforderungsschein durchführen zu lassen. Die umseitig aufgeführten Allgemeinen Geschäftsbedingungen erkenne ich an. Der Gesamtpreis für die Standardversion des CTR-Tests® beträgt EUR 1.995,00 für die Testung von bis zu sieben Chemotherapeutika (Einzelsubstanzen oder deren Kombinationen). Optional können weitere Chemotherapeutika oder deren Kombinationen gemessen werden. Für jeweils bis zu sieben weitere Substanzen/Kombinationen erhöht sich der Gesamtpreis um 795,00 EUR. Kann im Anschluss an die Aufarbeitung und den Testansatz anhand des eingesandten Tumormaterials kein Testergebnis generiert werden, berechnen wir lediglich für die entstandenen Labor- und Logistikkosten eine Pauschale in Höhe von EUR 500,00. Eine vor dem CTR-Test durchgeführte Tumor-Einlagerung wird mit 500,00 EUR berechnet, wobei 250,00 EUR direkt auf die spätere Testung angerechnet werden. Der Preis für Proben aus dem Ausland kann sich ggf. durch zusätzliche Logistikkosten erhöhen.

Mir ist bewusst, dass ich die Kosten selbst tragen muss. Die Zahlung erfolgt durch Lastschrift von meinem Konto. Durch einen von mir gestellten Antrag bei meiner Krankenkasse kann u.U. eine (Teil-) Erstattung der Kosten erreicht werden.

Zusätzliche Einwilligungserklärung (Bitte durchstreichen, wenn Sie nicht zustimmen):

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die eingeschickten Proben und Daten, einschließlich späterer klinischer Befunde über das Behandlungsergebnis, vertraulich für Forschungszwecke und Nachbereitungen verwendet werden. Dies dient zur weiteren Verbesserung der Krebsdiagnostik (inklusive des CTR-Tests®) und Krebstherapie.

(Ort und Datum)

(Unterschrift Patient)

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) (A) die TherapySelect Dr. Frank Kischkel, Carl-Bosch-Straße 4, 69115 Heidelberg (Gläubiger-ID-Nummer: DE8100100001020697), die von mir (uns) zu entrichtenden Zahlungen für die angeforderten Leistungen bei Fälligkeit mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich (weisen wir) (B) mein (unser) Kreditinstitut an, die von TherapySelect Dr. Frank Kischkel auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenz(en) ist (sind) die Rechnungsnummer(n).

(Name des Kontoinhabers (der Kontoinhaber), wenn nicht oben genannter Patient: zusätzlich Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

Internationale Kontonummer IBAN: _____

SWIFT BIC: _____

Kreditinstitut (Name): _____

(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers (der Kontoinhaber))

Patientendaten

Vorname:

Nachname:

Anschrift:

PLZ, Ort:

geb. am:

Telefon:

Email:

Behandelnder Arzt, Klinik bzw. Praxis

Stempel

Patienteneinwilligung und Auftragserteilung

Patienteneinwilligung:

Ich bin durch den oben genannten betreuenden Arzt über Wesen, Bedeutung, Ziel und Grenzen des Chemotherapie-Resistenz-Tests aufgeklärt worden und möchte diesen durchführen lassen. Mir ist bewusst, dass mir hierfür lebende Tumorzellen entnommen werden müssen.

Auftragserteilung und Vertragsgegenstand:

Ich beauftrage die TherapySelect Dr. Frank Kischkel einen Chemotherapie-Resistenz-Test (CTR-Test®) gemäß dem Anforderungsschein durchführen zu lassen. Die umseitig aufgeführten Allgemeinen Geschäftsbedingungen erkenne ich an. Der Gesamtpreis für die Standardversion des CTR-Tests® beträgt EUR 1.995,00 für die Testung von bis zu sieben Chemotherapeutika (Einzelsubstanzen oder deren Kombinationen). Optional können weitere Chemotherapeutika oder deren Kombinationen gemessen werden. Für jeweils bis zu sieben weitere Substanzen/Kombinationen erhöht sich der Gesamtpreis um 795,00 EUR. Kann im Anschluss an die Aufarbeitung und den Testansatz anhand des eingesandten Tumormaterials kein Testergebnis generiert werden, berechnen wir lediglich für die entstandenen Labor- und Logistikkosten eine Pauschale in Höhe von EUR 500,00. Eine vor dem CTR-Test durchgeführte Tumor-Einlagerung wird mit 500,00 EUR berechnet, wobei 250,00 EUR direkt auf die spätere Testung angerechnet werden. Der Preis für Proben aus dem Ausland kann sich ggf. durch zusätzliche Logistikkosten erhöhen.

Mir ist bewusst, dass ich die Kosten selbst tragen muss. Die Zahlung erfolgt durch Lastschrift von meinem Konto. Durch einen von mir gestellten Antrag bei meiner Krankenkasse kann u.U. eine (Teil-) Erstattung der Kosten erreicht werden.

Zusätzliche Einwilligungserklärung (Bitte durchstreichen, wenn Sie nicht zustimmen):

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die eingeschickten Proben und Daten, einschließlich späterer klinischer Befunde über das Behandlungsergebnis, vertraulich für Forschungszwecke und Nachbereitungen verwendet werden. Dies dient zur weiteren Verbesserung der Krebsdiagnostik (inklusive des CTR-Tests®) und Krebstherapie.

(Ort und Datum)

(Unterschrift Patient)