

**Patientendaten**

Name:  
Vorname:  
Straße:  
PLZ, Ort:  
geb. am:  
Telefon:  
Email:

**Behandelnder Arzt, Klinik bzw. Praxis**

Stempel

**Patienteneinwilligung und Auftragserteilung  
für die Tumorphilierung mittels PCDx™ (Paradigm Cancer Diagnostic)**

Patienteneinwilligung:

Ich bin durch den behandelnden Arzt über Wesen, Bedeutung, Zweck, Risiken und Grenzen einer Biomarker-Analyse von Tumorzellen und Auswertung der Ergebnisse aufgeklärt worden. Ich wurde informiert, dass hierzu Gewebeprobe analysiert werden. Ich bin mit der Herausgabe und Weiterleitung meiner Gewebeprobe in archivierter Form oder als frisches Gewebe, das im Rahmen einer Biopsie oder anderer Verfahren in meiner Klinik gewonnen wurde, an TherapySelect und dessen Kooperationspartner (insbesondere Paradigm) einverstanden. Außerdem genehmige ich die Herausgabe aller relevanten pathologischen Abschlussberichte sowie die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten an bzw. durch TherapySelect und dessen Kooperationspartner (insbesondere Paradigm), insofern diese für die Analyse der Gewebeprobe erforderlich sind. Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit zurückziehen oder widerrufen kann.

Ich wurde informiert, dass sich der Geschäftssitz von Paradigm in den USA befindet und sich die Datenschutzgesetze dort möglicherweise von denen in meinem Heimatland unterscheiden. Ich stimme der Speicherung und Weiterverarbeitung meiner Daten ausschließlich für die Durchführung der Biomarker-Analyse zu. Ich weiß, dass mögliche Risiken beim Versand von persönlichen und medizinischen Informationen per E-Mail hinsichtlich Internetkriminalität bestehen. Ich stimme der Verwendung meiner E-Mail-Adresse für die Lieferung von persönlichen und medizinischen Informationen zu.

Auftragserteilung und Vertragsgegenstand:

Ich beauftrage die TherapySelect Dr. Frank Kischkel eine Biomarker-Analyse gemäß dem vom Arzt ausgefüllten Anforderungsschein durchführen zu lassen.

Der Preis des PCDx™ Tests beträgt 3.995,- Euro. Die Preise für andere Leistungen können separat angefragt werden. Kann aufgrund der Qualität des eingesendeten Tumormaterials kein Testergebnis generiert werden, berechnen wir eine Aufwandspauschale in Höhe von 500,00 EUR.

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. Durch Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich, dass ich dieses Formular einschließlich der Allgemeinen Geschäftsbedingungen sowie den vorher von einem Arzt unterschriebenen Bestellschein gelesen und verstanden habe.

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 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**

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

geb. am:

Telefon:

Email:

**Behandelnder Arzt, Klinik bzw. Praxis**

Stempel

**Patienteneinwilligung und Auftragserteilung  
für die Tumorphilierung mittels PCDx™ (Paradigm Cancer Diagnostic)**

Patienteneinwilligung:

Ich bin durch den behandelnden Arzt über Wesen, Bedeutung, Zweck, Risiken und Grenzen einer Biomarker-Analyse von Tumorzellen und Auswertung der Ergebnisse aufgeklärt worden. Ich wurde informiert, dass hierzu Gewebeprobe analysiert werden. Ich bin mit der Herausgabe und Weiterleitung meiner Gewebeprobe in archivierter Form oder als frisches Gewebe, das im Rahmen einer Biopsie oder anderer Verfahren in meiner Klinik gewonnen wurde, an TherapySelect und dessen Kooperationspartner (insbesondere Paradigm) einverstanden. Außerdem genehmige ich die Herausgabe aller relevanten pathologischen Abschlussberichte sowie die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten an bzw. durch TherapySelect und dessen Kooperationspartner (insbesondere Paradigm), insofern diese für die Analyse der Gewebeprobe erforderlich sind. Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit zurückziehen oder widerrufen kann.

Ich wurde informiert, dass sich der Geschäftssitz von Paradigm in den USA befindet und sich die Datenschutzgesetze dort möglicherweise von denen in meinem Heimatland unterscheiden. Ich stimme der Speicherung und Weiterverarbeitung meiner Daten ausschließlich für die Durchführung der Biomarker-Analyse zu. Ich weiß, dass mögliche Risiken beim Versand von persönlichen und medizinischen Informationen per E-Mail hinsichtlich Internetkriminalität bestehen. Ich stimme der Verwendung meiner E-Mail-Adresse für die Lieferung von persönlichen und medizinischen Informationen zu.

Auftragserteilung und Vertragsgegenstand:

Ich beauftrage die TherapySelect Dr. Frank Kischkel eine Biomarker-Analyse gemäß dem vom Arzt ausgefüllten Anforderungsschein durchführen zu lassen.

Der Preis des PCDx™ Tests beträgt 3.995,- Euro. Die Preise für andere Leistungen können separat angefragt werden. Kann aufgrund der Qualität des eingesendeten Tumormaterials kein Testergebnis generiert werden, berechnen wir eine Aufwandspauschale in Höhe von 500,00 EUR.

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. Durch Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich, dass ich dieses Formular einschließlich der Allgemeinen Geschäftsbedingungen sowie den vorher von einem Arzt unterschriebenen Bestellschein gelesen und verstanden habe.

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 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**

Name:  
Vorname:  
Straße:  
PLZ, Ort:  
geb. am:  
Telefon:  
Email:

**Behandelnder Arzt, Klinik bzw. Praxis**

Stempel

**Patienteneinwilligung und Auftragserteilung  
für die Tumorphilierung mittels PCDx™ (Paradigm Cancer Diagnostic)**Patienteneinwilligung:

Ich bin durch den behandelnden Arzt über Wesen, Bedeutung, Zweck, Risiken und Grenzen einer Biomarker-Analyse von Tumorzellen und Auswertung der Ergebnisse aufgeklärt worden. Ich wurde informiert, dass hierzu Gewebeprobe analysiert werden. Ich bin mit der Herausgabe und Weiterleitung meiner Gewebeprobe in archivierter Form oder als frisches Gewebe, das im Rahmen einer Biopsie oder anderer Verfahren in meiner Klinik gewonnen wurde, an TherapySelect und dessen Kooperationspartner (insbesondere Paradigm) einverstanden. Außerdem genehmige ich die Herausgabe aller relevanten pathologischen Abschlussberichte sowie die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten an bzw. durch TherapySelect und dessen Kooperationspartner (insbesondere Paradigm), insofern diese für die Analyse der Gewebeprobe erforderlich sind. Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit zurückziehen oder widerrufen kann.

Ich wurde informiert, dass sich der Geschäftssitz von Paradigm in den USA befindet und sich die Datenschutzgesetze dort möglicherweise von denen in meinem Heimatland unterscheiden. Ich stimme der Speicherung und Weiterverarbeitung meiner Daten ausschließlich für die Durchführung der Biomarker-Analyse zu. Ich weiß, dass mögliche Risiken beim Versand von persönlichen und medizinischen Informationen per E-Mail hinsichtlich Internetkriminalität bestehen. Ich stimme der Verwendung meiner E-Mail-Adresse für die Lieferung von persönlichen und medizinischen Informationen zu.

Auftragserteilung und Vertragsgegenstand:

Ich beauftrage die TherapySelect Dr. Frank Kischkel eine Biomarker-Analyse gemäß dem vom Arzt ausgefüllten Anforderungsschein durchführen zu lassen.

Der Preis des PCDx™ Tests beträgt 3.995,- Euro. Die Preise für andere Leistungen können separat angefragt werden. Kann aufgrund der Qualität des eingesendeten Tumormaterials kein Testergebnis generiert werden, berechnen wir eine Aufwandspauschale in Höhe von 500,00 EUR.

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. Durch Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich, dass ich dieses Formular einschließlich der Allgemeinen Geschäftsbedingungen sowie den vorher von einem Arzt unterschriebenen Bestellschein gelesen und verstanden habe.

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 und Krebstherapie.

---

(Ort und Datum)

---

(Unterschrift Patient)