

Laboranforderungsschein ColonAiQ® (Laboratory Test Request Form for ColonAiQ®)

Patientendaten *Patient data*

Bitte in leserlicher Blockschrift ausfüllen!

Probennummer *Sample ID:*

Vorname
First Name

Nachname
Last Name

Geburtsdatum
Birthdate

Geschlecht
Sex

weiblich
female

männlich
male

divers
divers

Sozialversicherungsnr.
Social security nr.

Straße / Hausnr.
Street / Nr.

PLZ / Ort
Postal Code / City

Land
Country

Telefonnr.
Phone nr.

E-Mail

Zuständiger Arzt/Ärztin

Vom zuständigen Arzt/Ärztin oder Labor auszufüllen!
To be completed by doctor or laboratory!

Stempel
Stamp

Unterschrift
(Arzt/Ärztin)
Signature (doctor)

Datum/Uhrzeit der Probennahme (Tag, Stunde, Minute)
Sampling date (Day, hour, minute)

Befundübermittlung
Method of receiving results

zu Patient:in
patient

zu Arzt/Ärztin
doctor

DaMe/ME Adresse

Probenmanagement und Leitfaden *Sample Management and Guideline*

Das Labor kann Proben nur mit einem unterschriebenen Anforderungsschein annehmen. Wenn die Unterlagen unvollständig sind, kann das Labor den Test nicht durchführen! Für weitere Informationen schreiben Sie uns eine E-Mail: service@trignostics.com. *The laboratory can only accept samples with a fully signed test request form. If the documents are incomplete, the laboratory cannot perform the test! For more information please email us: service@trignostics.com.*

Probenlagerung, Stabilität der Blutprobe *Sample Storage, stability of the blood sample*

Die Probe kann bis zu 96 Stunden bei Raumtemperatur gelagert und transportiert werden. Kühlung und Einfrieren sind nicht erlaubt! *The sample may be stored and transported at room temperature for up to 96 hours, refrigeration and freezing is not allowed.*

Einwilligungserklärung für die ColonAiQ®-Untersuchung

Mit der Unterzeichnung dieses Anforderungsscheins gebe ich meine freiwillige, ausdrückliche und ordnungsgemäß informierte Zustimmung an Trignostics GmbH und Clinomics Europe Ltd., meine Probe zu verarbeiten und die angeforderte Untersuchung durchzuführen.

Ich erkläre, dass ich die Informationen über den Zweck des Tests und die Ergebnisse vollständig gelesen, verstanden und akzeptiert habe. Weiterhin erkenne ich an, dass die Interpretation des Inhalts des Laborberichts, sei es allein oder in Verbindung mit anderen Quellen, kein Ersatz für eine professionelle medizinische Meinung ist.

Ich erkläre, dass ich die Datenschutzerklärung von Trignostics GmbH gelesen, verstanden und akzeptiert habe. Diese ist in elektronischer Form auf der Website des Unternehmens (www.trignostics.com) verfügbar.

Ich bin einverstanden, dass meine Daten für Marketingzwecke (zB. Erinnerung) durch die Trignostics GmbH verwendet werden.

Ich stimme zu.

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift*

**Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in; im Falle von Personen mit eingeschränkter oder keiner Zustimmungsfähigkeit, die Unterschrift und leserlich geschriebener Name des gesetzlichen Vertreter:in.*

Consent form for the ColonAiQ® test

By signing this request form, I give my voluntary, explicit, and properly informed consent to Trignostics GmbH and Clinomics Europe Ltd. to process my sample and perform the requested analysis.

I confirm that I have fully read, understood, and accepted the information regarding the purpose of the test and its results. Furthermore, I acknowledge that the interpretation of the laboratory report, whether alone or in combination with other sources, is not a substitute for professional medical advice.

I confirm that I have read, understood, and accepted the privacy policy of Trignostics GmbH, which is available electronically on the company's website (www.trignostics.com).

I consent to the processing of my personal data, specifically for the purpose of receiving newsletters from Trignostics GmbH:

I agree.

.....
Location, Date

.....
Signature*

**Signature of the patient or legal representative; in the case of individuals with limited or no capacity to consent, the signature and legibly written name of the legal representative.*