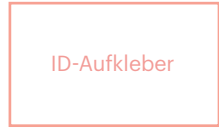


Fagron Genomics

Schriftliche Einwilligung des Patienten



Für die Ausführung der genetischen Untersuchung, die Verarbeitung der Ergebnisse und des Fragebogens zum Erstellen Ihres persönlichen Berichts benötigt Fagron Genomics Ihre schriftliche Einwilligung.

Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars geben Sie Ihre Einwilligung zur Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten durch Fagron Genomics. Dabei gelten die folgenden Ausgangspunkte:

- Personenbezogene Daten: Wir verarbeiten Ihre DNA-Probe, persönlichen Daten und Ihre Kontaktdaten.
- Verantwortlicher: FAGRON GENOMICS S.L.U. - Josep Tapiolas 150, 08226, Terrassa (Spanien).
- Zweck: Durchführung der in Auftrag gegebenen genetischen Untersuchung und Erstellen eines persönlichen Berichts.
- Legitimität: Ihre schriftliche Einwilligung.
- Speicherung personenbezogener Daten: Nach Abschluss der Untersuchung werden Ihre Daten entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist gespeichert.
- Datenübermittlung: Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, die Weitergabe ist gesetzlich vorgeschrieben.
- Rechte: Sie haben jederzeit das Recht auf Einsichtnahme in Ihre personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung, Löschung oder Widerspruch gegen die Verwendung dieser Daten. Darüber hinaus können Sie uns bitten, dass wir Ihre Daten zur Datenübermittlung zur Verfügung stellen und einen Antrag auf Einschränkung der Datenverarbeitung stellen. Dazu stellen Sie bitte einen schriftlichen Antrag bei dem in diesem Dokument genannten Verantwortlichen. Falls Sie mit der Verarbeitung nicht zufrieden sind, können Sie eine Beschwerde bei der spanischen Datenschutzbehörde einreichen.

Vorname:
Nachname:
Personalausweis-/Reisepassnummer:
E-Mail-Adresse:
Telefonnummer:

Mit Unterzeichnung dieses Dokuments geben Sie Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Falls der Patient nicht zur Unterschrift berechtigt ist, muss dieses Dokument von seinem gesetzlichen Vertreter unterzeichnet werden.

Ort:
Datum:
Unterschrift des Patienten
(bzw. seines gesetzlichen Vertreters)

Allgemeine Warnhinweise für den verschreibenden Arzt

Lesen Sie die Anleitung sorgfältig durch, bevor Sie mit dem Test beginnen.

Das Kit muss vom verschreibenden Arzt verwendet werden.

Der Tupfer zur Probenahme ist nur zum einmaligen Gebrauch für den in dieser Erklärung angegebenen Patienten bestimmt.

Das Kit ist ein In-vitro-Diagnosteset zur äußeren Anwendung.

Nach den geltenden Rechtsvorschriften werden alle Komponenten nach dem Gebrauch vernichtet.

Senden Sie die Probe nach der Probenahme sofort ein.

Name des verschreibenden Arztes:
Behandelnde medizinische Einrichtung:
Unterschrift des verschreibenden Arztes:

Fagron Genomics, S.L.U.

C/Josep Tapioles, 150
08226 Terrassa
Barcelona (Spain)

www.fagron.com

