

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Adresse der Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Arztstempel der verantwortlichen ärztlichen Person
--

# PraenaTest®



WM-3050-DE-009

Mandatsreferenz für SEPA-Lastschriftmandat:

Barcode einkleben oder eintragen
----------------------------------

Das Original zusammen mit der Blutprobe in der Rücksendebox senden.

<b>Informationen zur Schwangerschaft</b> Schwangerschaftswoche: _____ + _____ p.m. (mind. SSW 9+0, max. SSW 32+1) <input type="checkbox"/> Einlingsschwangerschaft <input type="checkbox"/> Zwillingschwangerschaft      Monochorial: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Datum der Blutentnahme (TT/MM/JJJJ) _____ <input type="checkbox"/> Nachlieferung (neue Blutprobe) <input type="checkbox"/> Patientin erhält niedermolekulares Heparin (NMH) Körpergröße: _____ cm Gewicht <u>vor</u> der Schwangerschaft: _____ kg
--	--

<b>Anlass der genetischen Untersuchung</b> <input type="checkbox"/> 35 Jahre oder älter bei Geburt des Kindes <input type="checkbox"/> Frühere Schwangerschaft mit einer fetalen Aneuploidie <input type="checkbox"/> Erhöhtes Risiko einer Aneuploidie basierend auf Screeningmethoden zur pränatalen Risikobestimmung <input type="checkbox"/> Ultraschall-Auffälligkeiten des Fetus <input type="checkbox"/> Erblich bedingtes Risiko für eine fetale Aneuploidie <input type="checkbox"/> Andere medizinische Gründe/weitere Informationen zur Schwangerschaft (z.B. vanishing twin)
---

<b>Ergebnismitteilung</b> (Mehrfachnennungen möglich) <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Niederländisch <input type="checkbox"/> Türkisch
--

### Anforderung nach GenDG

Ich bestätige, dass oben genannte Patientin gemäß GenDG humangenetisch beraten und aufgeklärt wurde. Die schriftliche Einwilligung der Patientin zur gewählten genetischen Untersuchung (PraenaTest® Testoption 1, 2 oder 3) liegt vor. Ich bestätige hiermit den Auftrag zur genetischen Analyse unter Verwendung des PraenaTest® durch die LifeCodexx AG gemäß § 7 GenDG. Die Blutprobe stammt von der auf diesem Formular genannten Patientin, sofern Barcode-Nummer auf Blutröhrchen und Formular übereinstimmen oder die Patientin eindeutig über den Namen und das Geburtsdatum auf Röhrchen und Formular identifizierbar ist.

Ort, Datum
Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person

### Auftrag zur Durchführung des PraenaTest® (gemäß AGB)

Preise inkl. MwSt und Versand / \* Mitteilung durch den Arzt gemäß GenDG ab SSW 12+0 p.c.

<input type="checkbox"/> <b>Testoption 1</b> EUR 199 Bestimmung der fetalen Trisomie 21 bei Einlingsschwangerschaft inkl. Geschlechtsbestimmung Geschlechtsbestimmung* erwünscht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <b>Testoption 2</b> EUR 269 Bestimmung der fetalen Trisomien 21, 18 und 13 bei Einlings- und Zwillingschwangerschaft inkl. Geschlechtsbestimmung Geschlechtsbestimmung* erwünscht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <b>Testoption 3</b> EUR 299 Bestimmung der fetalen Trisomien 21, 18, 13 und gonosomaler Aneuploidien bei Einlingsschwangerschaft inkl. Geschlechtsbestimmung Geschlechtsbestimmung* erwünscht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	--	--

### Schriftliche Vereinbarung über eine Selbstzahlerleistung

Ich wünsche durch meine verantw. Ärztin/ meinen verantw. Arzt den PraenaTest® als Privatpatientin in Anspruch zu nehmen. Der Wunsch ist nicht auf Initiative meiner Ärztin/ meines Arztes zustande gekommen. Die von mir gewünschte Leistung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Der PraenaTest® ist von mir privat zu bezahlen. Ob eine Kostenerstattung auf Basis einer Einzelfallentscheidung durch meine Krankenkasse erfolgt, muss ich selbst klären. Meine hiermit geleistete Unterschrift ist unabhängig von einer Zusage zur Kostenerstattung durch meine Krankenkasse.

### SEPA-Lastschriftmandat – Gläubiger-ID: DE 35ZZZ00000415178

**Nur ausfüllen, wenn Sie ein deutsches Bankkonto besitzen!** Falls nicht, überweisen Sie die Zahlung vorab an LifeCodexx AG, IBAN DE83 2073 0017 7000 0034 50, Swift-BIC HYVEDEMME17, UniCredit (HypoVereinsbank). Hiermit ermächtige(n) ich/ wir die LifeCodexx AG widerruflich, die von mir/ uns zu entrichtende Zahlung gemäß oben gewählter Testoption nach Ergebnismitteilung an die verantw. Ärztin/ den verantw. Arzt einzuziehen. Wenn meine vollständige Adresse vorliegt, erhalte ich nach Zahlungseingang eine Rechnung. Auch im Falle eines Verzichts auf Mitteilung des Untersuchungsergebnisses bin ich zur Zahlung der erbrachten Dienstleistung verpflichtet. Ich habe die AGB zur Kenntnis genommen.

Vor- und Nachname des Kontoinhabers		
IBAN/Konto-Nr.	BIC/BLZ	
Kreditinstitut	Ort, Datum	Unterschrift der Patientin/ des Kontobevollmächtigten

### Einwilligung zur Durchführung des PraenaTest®

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur Durchführung des PraenaTest®. Ich wurde von meiner verantw. Ärztin/ meinem verantw. Arzt gemäß GenDG humangenetisch beraten und aufgeklärt. Ich habe die AGB (siehe Rückseite) zur Kenntnis genommen.

Erhobene, nicht namentlich gekennzeichnete Daten/Ergebnisse dürfen für wissenschaftliche Zwecke genutzt und anonymisiert in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.     Ja     Nein

Überschüssiges, nicht namentlich gekennzeichnetes Untersuchungsmaterial darf zum Zwecke der Qualitätssicherung, der wissenschaftlichen Forschung sowie der Entwicklung neuer Diagnosemöglichkeiten aufbewahrt werden.     Ja     Nein

### Einwilligung zur Datennutzung

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, Versichertennummer, Versichertenstatus, Informationen zur Schwangerschaft) und meine Blutprobe durch den verantwortlichen Arzt erhoben und zur Durchführung des PraenaTest® an LifeCodexx AG übermittelt werden. Ich willige ein, dass LifeCodexx AG meine personenbezogenen Daten und meine Blutprobe ausschließlich im Rahmen des Vertragsverhältnisses zur Durchführung des PraenaTest® erhebt, verarbeitet und nutzt. Nach Durchführung des PraenaTest® wird LifeCodexx AG meine Blutprobe unverzüglich vernichten, sofern ich nicht in eine längere Aufbewahrung eingewilligt habe. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber dem verantwortlichen Arzt widerrufen. Bei Widerruf meiner Einwilligung bleibt die bis dahin erfolgte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten rechtmäßig.

Telefonnummer der Patientin	Ich habe die AGB und die Hinweise zum Datenschutz (Rückseite) zur Kenntnis genommen.	
E-Mail-Adresse der Patientin	Ort, Datum	Unterschrift der Patientin

Vom Arzt auszufüllen

Vom der Patientin auszufüllen

# Allgemeine Geschäftsbedingungen der LifeCodexx AG

## § 1 Allgemeines

1. Für die Lieferung und den Verkauf der genetischen Tests der LifeCodexx AG und für die Erbringung von Dienstleistungen durch die LifeCodexx AG gelten ausschließlich nachstehende Allgemeine Geschäftsbedingungen.
2. Entgegenstehende oder von den Allgemeinen Geschäftsbedingungen abweichende Bedingungen der Vertragspartnerin erkennt die LifeCodexx AG nicht an, es sei denn, sie hätte ihrer Geltung ausdrücklich schriftlich zugestimmt. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelten auch dann ausschließlich, wenn die LifeCodexx AG in Kenntnis entgegenstehender oder von den Allgemeinen Geschäftsbestimmungen abweichender Bedingungen der Vertragspartnerin die Erbringung der Dienstleistungen vorbehaltlos ausführt.
3. Sämtliche Vereinbarungen, die zwischen der LifeCodexx AG und der Vertragspartnerin zwecks Ausführung dieses Vertrages getroffen werden, sind in diesem Vertrag schriftlich niedergelegt.

## § 2 Angebote und Abschlüsse

1. Grundsätzlich ist Voraussetzung für einen wirksamen Vertragsabschluss nach § 2 zwischen der LifeCodexx AG und der Vertragspartnerin, dass parallel dazu eine gleichlautende Anforderung einer genetischen Untersuchung bei der LifeCodexx AG durch einen nach § 7 Gendiagnostikgesetz (GenDG) entsprechend qualifizierten Arzt – nachfolgend „verantwortlicher Arzt“ genannt – stattfindet.
2. Ein Vertrag kommt mit Durchführung der Dienstleistung zustande. Falls Informationen fehlen, die zur ordnungsgemäßen Analyse der Blutprobe notwendig sind, wird der verantwortliche Arzt hierüber informiert und zu einer Nachlieferung binnen einer Frist aufgefordert. Erfolgt keine Nachlieferung binnen der gesetzten Frist, wird der verantwortliche Arzt darüber informiert, dass sich die Durchführung der Dienstleistung aufgrund fehlender, für die Analyse relevanter Informationen verzögern kann. Erfolgt keine Nachlieferung der fehlenden Informationen bis zum Vorliegen des Testergebnisses, behält sich die LifeCodexx AG das Recht vor, das Testergebnis nicht zu übermitteln. Die Zahlungsverpflichtung der Vertragspartnerin bleibt hiervon unberührt.
3. Die Vertragspartnerin nimmt ausdrücklich zur Kenntnis, dass die durch Erbringung der Dienstleistung von der LifeCodexx AG ermittelten Testergebnisse entsprechend der Vorgabe des GenDG ausschließlich dem von der Vertragspartnerin genannten verantwortlichen Arzt bzw. dessen genannter Vertretung direkt übermittelt werden.

## § 3 Preise und Zahlungsbedingungen

1. Alle Preise verstehen sich in Euro und inklusive der gesetzlichen Mehrwertsteuer.
2. Die Beauftragung mit der Durchführung der Dienstleistung löst die Zahlungsverpflichtung aus.
3. Sofern die Vertragspartnerin über ein Girokonto bei einem deutschen oder österreichischen Kreditinstitut verfügt, erfolgt die Zahlung per erteiltem SEPA-Lastschriftmandat. Die zu leistende Zahlung wird nach Übersendung des Testergebnisses an den verantwortlichen Arzt, frühestens jedoch fünf Tage nach Auftragserteilung, eingezogen. Die Vertragspartnerin kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Wenn das genannte Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Die Zahlungsverpflichtung der Vertragspartnerin gegenüber der LifeCodexx AG bleibt hiervon unberührt. Falls die Vertragspartnerin nicht Kontoinhaberin des auf der Ermächtigung zum Einzug der Forderung durch SEPA-Lastschrift genannten Girokontos ist, von welchem die zu entrichtende Zahlung bei Fälligkeit einzuziehen ist, muß entweder der/die KontoinhaberIn mit seiner/ihrer Unterschrift die Ermächtigung zum Einzug der Forderung erteilen oder die Vertragspartnerin bestätigt automatisch mit ihrer Unterschrift auf dem Anforderungsformular, dass sie zum Zeitpunkt des Vertrages über eine gültige Bankvollmacht in Höhe des zu entrichtenden Betrages auf das genannte Girokonto verfügt. Die Zahlungsverpflichtung der Vertragspartnerin gegenüber der LifeCodexx AG bleibt bestehen, auch wenn sie nicht Kontoinhaberin des genannten Girokontos ist oder über keine gültige Bankvollmacht verfügt.
4. Die Vertragspartnerin erhält automatisch eine Rechnung nach Zahlungseingang, sofern der LifeCodexx AG die vollständige Adresse der Vertragspartnerin vorliegt.
5. Nachträgliche Vertragsänderungen sind ausgeschlossen. In seltenen Fällen ist die Bestimmung des kindlichen Geschlechts nicht möglich. Die Verpflichtung der Vertragspartnerin zur Zahlung des vollen Preises bleibt hiervon unberührt.
6. Im Falle des Widerrufs der Einwilligung in die genetische Untersuchung ist die Vertragspartnerin zur Zahlung der erbrachten Dienstleistung gegenüber der LifeCodexx AG in folgender Höhe verpflichtet:
  - 50 % des Gesamtbetrags vor Beginn der Analyse des Untersuchungsmaterials
  - 100 % des Gesamtbetrags bei Beginn der Analyse des Untersuchungsmaterials
7. Im Falle des Widerrufs der Einwilligung in die genetische Untersuchung durch die Vertragspartnerin muss dieser vom verantwortlichen Arzt in Textform an die LifeCodexx AG gesandt werden. Es gilt das Datum des Eingangsstempels.
8. Führt die Auswertung der Analyse des Untersuchungsmaterials zu keinem verwertbaren Ergebnis, entfällt die Zahlungsverpflichtung der Vertragspartnerin.

## § 4 Dienstleistung der LifeCodexx AG

1. Vertragsgegenstand ist die Durchführung nicht invasiver klinisch validierter genetischer Tests basierend auf dem Einsatz neuester molekularer Analyseverfahren.
2. Aktuelle Daten zur Leistungsbewertung der nicht invasiven klinisch validierten genetischen Tests sind unter [www.lifecodexx.com](http://www.lifecodexx.com) abrufbar. Die LifeCodexx AG weist darauf hin, dass bei Anwendung der genetischen Tests in der Praxis eine Aussagekraft von 100% (sogenannte Sensitivität und Spezifität) nicht zu erwarten ist.

3. Die Übersendung der Testergebnisse erfolgt ausschließlich zu Händen des verantwortlichen Arztes. Die Testlaufzeiten variieren je nach Wahl des genetischen Tests.
4. Die Erbringung der Dienstleistung setzt die rechtzeitige und ordnungsgemäße Erfüllung der Verpflichtungen der Vertragspartnerin und die erfolgte gleichlautende Anforderung einer genetischen Untersuchung durch den verantwortlichen Arzt i.S.d. § 2 dieser Allgemeinen Geschäftsbedingungen voraus.

## § 5 Haftung

1. Die LifeCodexx AG haftet ausschließlich für die Einhaltung der Pflichten aus diesem Vertrag, die in § 4 beschriebene Aussagekraft der jeweils gewählten genetischen Untersuchung sowie für deren technisch korrekte Durchführung, sofern die Dienstleistung durch die LifeCodexx AG erbracht wurde.
2. Höhere Gewalt, Betriebsstörungen, Arbeitskämpfe oder andere von der LifeCodexx AG nicht zu vertretende Hindernisse bei der LifeCodexx AG oder deren Lieferanten befreien die LifeCodexx AG für die Dauer der Störung und deren Auswirkungen von der Verpflichtung zur Lieferung.

## § 6 Genetische Untersuchungen

1. Die LifeCodexx AG verpflichtet sich, die Anforderungen der §§ 12, 13 GenDG einzuhalten. Die Ergebnisse der genetischen Untersuchungen werden sorgfältig dokumentiert und archiviert, auf Wunsch der Vertragspartnerin vollständig vernichtet bzw. gemäß der gesetzlichen Regelungen gesperrt.
2. Die Vertragspartnerin erklärt sich damit einverstanden, dass die LifeCodexx AG im Falle einer direkten Kommunikation zwischen der Vertragspartnerin und der LifeCodexx AG den verantwortlichen Arzt über die Inhalte in Kenntnis setzt.

## § 7 Erfüllungsort, Gerichtsstand und anzuwendendes Recht

1. Sofern sich aus der Auftragsbestätigung nichts Anderes ergibt, ist der Geschäftssitz der LifeCodexx AG Erfüllungsort.
2. Gerichtsstand ist nach den gesetzlichen Regelungen der Wohnsitz der Vertragspartnerin.

## Hinweise zum Datenschutz

1. Im Folgenden informieren wir über die Erhebung personenbezogener Daten bei Geschäftsabschlüssen. Personenbezogene Daten sind alle Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind, also z. B. Name, Adresse, E-Mail-Adressen und Zahlungsdaten.
2. Verantwortlicher gemäß Art. 4 Abs. 7 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) ist die LifeCodexx AG, Line-Eid-Straße 3, D-78467 Konstanz.
3. Die Daten werden von uns erhoben, gespeichert und ggf. weitergegeben, soweit es erforderlich ist, um die vertraglichen Leistungen zu erbringen. Die Erhebung, Speicherung und Weitergabe erfolgt mithin zum Zwecke der Erfüllung des Vertrages oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DS-GVO. Soweit wir für Verarbeitungsvorgänge personenbezogener Daten eine Einwilligung der betroffenen Person einholen, dient Art. 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten. Eine Nichtbereitstellung dieser Daten kann zur Folge haben, dass der Vertrag nicht geschlossen werden kann. Eine weitergehende Verarbeitung erfolgt nur, wenn Sie eingewilligt haben oder eine gesetzliche Erlaubnis vorliegt.
4. Wir unterhalten aktuelle technische Maßnahmen zur Gewährleistung des Schutzes personenbezogener Daten. Diese werden dem aktuellen Stand der Technik jeweils angepasst.
5. Sie haben das Recht, von uns jederzeit über die zu Ihnen bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten (Art. 15 DS-GVO) Auskunft zu verlangen. Dies betrifft auch die Empfänger oder Kategorien von Empfängern, an die diese Daten weitergegeben werden und den Zweck der Speicherung. Zudem haben Sie das Recht, unter den Voraussetzungen des Art. 16 DS-GVO die Berichtigung und/oder unter den Voraussetzungen des Art. 17 DS-GVO die Löschung und/oder unter den Voraussetzungen des Art. 18 DS-GVO die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen. Ferner können Sie unter den Voraussetzungen des Art. 20 DS-GVO jederzeit eine Datenübertragung verlangen.
6. Personenbezogene Daten werden gelöscht oder gesperrt, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung kann darüber hinaus dann erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber in unionsrechtlichen Verordnungen, Gesetzen oder sonstigen Vorschriften, denen der Verantwortliche unterliegt, vorgesehen wurde. Eine Sperrung oder Löschung der Daten erfolgt auch dann, wenn eine durch die genannten Normen vorgeschriebene Speicherfrist abläuft, es sei denn, dass eine Erforderlichkeit zur weiteren Speicherung der Daten für einen Vertragsabschluss oder eine Vertragserfüllung besteht.
7. Alle Informationswünsche, Auskunftsanfragen oder Widersprüche zur Datenverarbeitung richten Sie bitte per E-Mail an unseren Datenschutzbeauftragten unter [\[Datenschutz@lifecodexx.com\]](mailto:Datenschutz@lifecodexx.com) oder an die unter oben (2) genannte Adresse. Für nähere Informationen verweisen wir auf den vollständigen Text der DS-GVO, welcher im Internet unter <http://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679> verfügbar ist sowie unsere Datenschutzerklärung, welche im Internet unter <http://www.lifecodexx.com> einsehbar ist. Ferner haben Sie die Möglichkeit, sich bei der für Sie zuständige Aufsichtsbehörde über datenschutzrechtliche Sachverhalte zu beschweren.

LifeCodexx AG, Line-Eid-Straße 3, 78467 Konstanz, Deutschland  
Vorstand: Dr. Michael Lutz | Amtsgericht Freiburg i.Br., HRB 701989  
Sitz der Gesellschaft: Konstanz | USt-Id-Nr. DE 258862614