ANFORDERUNGSFORMULAR – CLOCK und PRS

MGZ
Medizinisch Genetisches Zentrum

Prof. Dr. med. Dipl.-Chem. Elke Holinski-Feder
Prof. Dr. med. Angela Abicht
Dr. med. Teresa Neuhann

Partnerschaft von Fachärztinnen für Humangenetik mbB, MVZ

Bayerstraße 3-5
D-80335 München

Tel. +49 89 30 90 886 - 0
Fax +49 89 30 90 886 - 66
info@mgz-muenchen.de

Alle Formulare finden Sie unter www.mgz-muenchen.de

Persönliche Angaben / Rechnungsanschrift

Name, Vorname _____ Geburtsdatum T T M M J J J J

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Geschlecht (zum Zeitpunkt der Geburt) ☐ männlich ☐ weiblich

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein

Geschlechtsidentität (falls abweichend von oben)

☐ Mann ☐ Frau ☐ nicht-binär ☐ Weiteres: _____

Frühere Knochenmarktransplantation? ☐ ja ☐ nein

Aging Clocks°

☐

Bestimmung epigenetisches Alter inkl. verschiedener Organalter
- OMICmAge
- DunedinPace of Aging
- Symphony Age

247,30€

Polygene Risikoscores (PRS°)

☐

- Mammakarzinom
- Prostatakarzinom
- Ovarialkarzinom
- Malignes Melanom
- Vorhofflimmern
- Kolonkarzinom
- Koronare Herzerkrankungen
- Bluthochdruck
- Diabetes mellitus Typ 2

390,00€

Probeneinsendung

Postalischer Versand an:

MGZ - Medizinisch Genetisches Zentrum
Probeneingang
Bayerstraße 3-5
D-80335 München

Schriftliche Vereinbarung zur Selbstzahlerleistung

Mir ist bekannt, dass die oben aufgeführten und von mir gewünschten ärztlichen Leistungen und Laborleistungen des MGZ nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören. Demzufolge erstattet die gesetzliche Krankenkasse diese Leistungen nicht. Es ist auch nicht gewährleistet, dass eine Kostenerstattung durch meine private Krankenversicherung erfolgen wird. Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich diese Leistungen selbst bezahlen muss, falls kein Kostenträger Erstattungen leistet. Über Nutzen und Risiken habe ich mich informiert.

Ich beauftrage hiermit die Durchführung der gewählten Leistung.

_____ ✗ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in)