ENML - Erste NÖ Medizinische Laborbetriebs GmbH
Mathilde Beyerknecht-Straße 9
A-3104, St. Pölten
+43 (0) 2742 238 38

| Patient | | |
|---|---|---|
| Geburtsdatum | Krankenkasse | SVNR |
| Titel | Vorname | |
| Nachname | | |
| Straße und Hausnummer | | |
| PLZ und Ort | | |
| Ausweisart | Ausweisnummer | |
| Ausstellende Behörde | Telefon Patient | |

Auftragsnummer

**Zuweiser**

Mathilde Beyerknecht-Str 9, 3104 St. Pölten
Tel [Fax]: +43 (0) 2742 238 38 [140]
Mail: office@enml.at VPNR: 109370
ME-Adresse: NOELAB1
ATU68357823 FN: 405274t

| Laboranforderung ColonAiQ - Trignostics | |
|---|---|
| Probennummer Trignostics<br>Probennummer vom Röhrchen abziehen und hier aufkleben | Datum u. Uhrzeit d. Probenentnahme |

# Laboranforderung ColonAiQ - TRIGNOSTICS

## Probenmanagement und Leitfaden

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: kundenservice@enml.at.

### Probenlagerung, Stabilität der Blutprobe

Die Probe kann bis zu 96 Stunden bei Raumtemperatur gelagert und transportiert werden. Kühlung und Einfrieren sind nicht erlaubt!

## Einwilligungserklärung für die ColonAiQ-Untersuchung

Mit der Unterzeichnung dieses Anforderungsscheins gebe ich meine freiwillige, ausdrückliche und ordnungsgemäß informierte Zustimmung an Trignostics GmbH, Clinomics Europe Ltd. sowie an ENML - Erste Niederösterreichische Medizinische Laborbetriebs GmbH, meine Probe zu verarbeiten und die an geforderte 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 den Websites der Unternehmen (www.trignostics.com, www.enml.at) verfügbar.

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

**Datum:**

Unterschrift Patient/in oder gesetzl. Vertreter

Unterschrift behandelnder Arzt