

# Übernahme der Kosten

## Pharmakogenetische Untersuchung

**Life&Brain GmbH**

**Department Genomics**

Leitung: Dr. Per Hoffmann

Venusberg-Campus 1, Geb. 76

53127 Bonn

Tel. +49 (0) 228 6885 424

Fax +49 (0) 228 6885 401

### Hiermit bestätige ich:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

die Übernahme der folgenden Kosten:

#### Präemptive pharmakogenetische (PGx) Untersuchung

Inklusivleistungen:

- Laboranalyse (21-Gen-Panel\*)
- Auswertung und Interpretation der Ergebnisse
- Erstellung eines PGx-Reports
- Übermittlung des PGx-Reports an den behandelnden Arzt

**Rechnungsbetrag (inkl. MwSt.): 399,00 €**

\* siehe Untersuchungsauftrag für Inhalt des Gen-Panels

### Rechnungsempfänger und -adresse (nur auszufüllen, falls abweichend vom Patienten):

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Patient (in Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient