

Persönliche Angaben / Rechnungsanschrift

Name, Vorname

T	T	M	M	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geschlecht (zum Zeitpunkt der Geburt)

☐ männlich ☐ weiblich

Aging Clocks°

Bestimmung epigenetisches Alter inkl.
verschiedener Organalter

- OMICmAge
- DunedinPace of Aging
- Symphony Age

279,00€

Polygene Risikoscores (PRS°)



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

390,00€

Probeneinsendung

Postalischer Versand an:

MGZ-Tech GmbH
Probeneingang
Bayerstraße 3-5
D-80335 München

Ablauf: Die labortechnische Analyse der Aging Clocks erfolgt ausschließlich in Deutschland über die MGZ-Tech GmbH in München. Die Datenauswertung der Aging Clocks erfolgt in Kooperation mit TruDiagnostic™ mit Sitz in Lexington, Kentucky, USA (www.trudiagnostic.com). Für die bioinformatische Auswertung werden pseudonymisierte Daten sowie das Geburtsdatum übermittelt. Direkt identifizierende Angaben wie der Name oder die Anschrift werden nicht weitergegeben.

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung:

Die USA weisen ein grundlegend anderes Datenschutzniveau auf, weshalb die Rechte und Freiheiten betroffener Personen möglicherweise nicht in der Weise gewährleistet werden können, wie sie in Europa gelten (Durchsetzung von Betroffenenrechten, Zugriff durch staatliche Stellen).

Gesundheitsdaten, die in den USA verarbeitet werden, werden hinsichtlich des Datenaustauschs, der Sicherheit und der Vertraulichkeit durch die gesetzlichen Vorgaben des „Health Insurance Portability and Accountability Act“ (HIPAA) geschützt. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die bioinformatische Auswertung der Aging Clock in dem oben genannten US-amerikanischen Unternehmen durchgeführt wird, und ich mit dem oben beschriebenen Ablauf einverstanden bin. Das Ergebnis der Datenauswertung wird an die MGZ-Tech GmbH, Bayerstr. 3-5, 80335 München, übermittelt. Weiterhin willige ich ausdrücklich ein, TruDiagnostic™ die Rechte zu übertragen, die Ergebnisse zu verwenden, zu veröffentlichen, zu verbreiten sowie diese Rechte an Dritte weiterzugeben.

Ort, Datum



Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in)