



## Registration YAI Portal

YAI-ID:	_____		
Name:	_____	Ausweis Dokument-Nr:	_____
Vorname:	_____	Gültig bis:	_____
Adresse:	_____	Versichertenkarten-Nr:	_____
		Gültig bis:	_____
Geburtsdatum:	_____		
E-Mail:	_____	Registriert durch Org.:	_____
		Registrierende Person:	_____
Mobile:	_____	Registriert am:	_____

### Vertreter Vollmacht für medizinische Dokumentation (falls vorhanden):

Vorname, Name, Adresse, Geburtsdatum:	_____		
E-Mail:	_____		
Mobile:	_____	YAI ID:	_____
		Registriert durch:	_____
		Registriert am:	_____

### 1. Registrierung

Zur Nutzung der Services auf der YAI-Plattform ist eine vollständige Registration notwendig. Für die Registration wird die Kopie der Krankenversicherungskarte und des Identifikationsmittels (ID oder Pass), Wohnadresse, Mobil-Nr. sowie E-Mail benötigt.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die vorgenannten Daten inklusive Ausweiskopie für die Nutzung des YAI-Portals gespeichert werden dürfen. Damit erhalte ich einen persönlichen Zugang und einen kostenlosen Account auf yai.ch.

Bei NEIN kann der gewünschte Service nicht erbracht werden. JA

### 2. Datenschutzerklärung

Ich bestätige, die «**Datenschutzerklärung YAI**» als integrierender Bestandteil dieses Vertrages zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben. Mit dem Akzeptieren der Datenschutzerklärung erkläre ich mich einverstanden, dass die Daten gemäss Ausführung in diesem Vertrag, sowie gemäss Datenschutzerklärung YAI verwendet werden dürfen.

Link: [www.yai.ch/community](http://www.yai.ch/community) JA

### 3. Allgemeine Geschäftsbedingungen

Ich bestätige, die «Allgemeinen Geschäftsbedingungen YAI» als integrierender Bestandteil dieses Vertrages zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben.

Link: [www.yai.ch/community](http://www.yai.ch/community) JA

#### 4. Weitere Bestimmungen

Ich bestätige mein Einverständnis zu den nachfolgenden Bestimmungen als integrierender Bestandteil des vorliegenden Vertrages:

- AGB's 2024 (1)
- Datenschutzerklärung 2024 (1)
- Abfrage der aktuellen Versicherungsstammdaten
- Speicherung der Identifikationsdokumente

Ich erkläre, diesen Vertrag sowie die dazu gehörenden Dokumente gelesen, verstanden und akzeptiert zu haben.

Unterschrift Kunde/Vertreter

Ort und Datum

.....

#### 5. Bestätigung registrierende Person

Ich bestätige, die oben genannte Person auf Basis der aufgeführten Identifikationsmittel persönlich identifiziert und registriert zu haben.

Unterschrift

Ort und Datum

.....

.....

#### 6. Integrierende Bestandteile dieses Vertrages

- Datenschutzerklärung YAI → Link: [www.yai.ch/community](http://www.yai.ch/community)
- Allgemeine Geschäftsbedingungen YAI → Link: [www.yai.ch/community](http://www.yai.ch/community)

# Auftrag der/des Apothekers/in zu einer genetischen Untersuchung und Einverständniserklärung des/der Patient/in

Pharmakogenetische Abklärung veranlasst durch \_\_\_\_\_

## 7. Auftragsdaten \_\_\_\_\_

Auftrag \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

YAI ID: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Versichertenkarten-Nr: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gültig bis: \_\_\_\_\_

## 8. Aufklärung

Mit der Unterzeichnung dieses Antrages bestätige ich, dass ich durch YAI bezüglich der Datenbearbeitung, Datenspeicherung und deren Weitergabe an die erforderlichen Stellen sowie an weitere Stellen (z.B. Auftragsbearbeiter) einschliesslich der Auswertung und möglichen Aufbewahrung des Probenmaterials aufgeklärt worden bin.

Ich bestätige weiter, dass mich der/die Apotheker/in in einem abgetrennten Beratungsbereich über Ziel und Zweck der genetischen Untersuchung sowie über deren Aussagekraft und Grenzen informiert hat und mir allfällige Fragen zu meiner Zufriedenheit beantwortet hat.

Der/die Apotheker/in wird mir persönlich in einem abgetrennten Beratungsraum die Ergebnisse im unmittelbaren Zusammenhang mit dieser genetischen Untersuchung mitteilen und mir die Bedeutung erläutern.

Mir ist bewusst, dass eine personalisierte pharmakogenetische Abklärung eine umfassende genetische Analyse erfordert. Die Ergebnisse vermitteln den Fachpersonen Hinweise, wie der Körper Substanzen verarbeitet und wie er auf Substanzen reagiert. Zur personalisierten Abstimmung meiner Medikamente habe ich der veranlassenden Person mit diesem Antrag freiwillig Angaben zu meiner Gesundheit und der bestehenden Medikation mitgeteilt.

Alle Ergebnisse dieser Abklärung werden in meinem YAI-Patientendossier abgelegt. Über mein YAI-Patientendossier kann ich den Zugriff auf die Ergebnisse der Abklärung jederzeit an weitere registrierte Parteien erteilen oder diesen auch wieder entziehen.

## 9. Blutentnahme in der Apotheke

Mit der Unterzeichnung dieses Auftrages gebe ich mein Einverständnis für eine Blutentnahme des Probenmaterials in der Apotheke. Über die Risiken wurde ich aufgeklärt.

## 10. Datenzugriff

Ich habe meine Personendaten vorgängig auf der Plattform von YAI entsprechend dem von YAI vorgegebenen Zweck und Umfang erfasst. Ich bestimme, dass die Auftragsabwicklung, eingeschlossen die mich betreffenden besonders schützenswerten Personendaten, über mein persönliches YAI-Patientendossier erfolgt. Folglich sind alle Resultate und Berichte im Zusammenhang mit dem Auftrag ebenfalls in meinem YAI-Patientendossier abzulegen.

Ich habe mich auf der YAI-Plattform über die Bearbeitung meiner genetischen Daten (Bearbeitung, Speicherung, Weiterleitung ins In- und Ausland Zugänglichmachung an Dritte, Berichtigung, Löschung etc.) informiert und habe dort mein explizites Einverständnis erteilt.

Über mein YAI-Patientendossier kann ich künftig bei YAI als Verantwortlicher meine Datenrechte als betroffene Person wahrnehmen.

Im Falle einer gesetzlichen Informationspflicht gegenüber verschreibenden Ärzten, soll die <organisation name> die <prescribing organisations> vorgängig konsultieren.

## Notwendige Datenzugriffe

Für alle den Auftrag betreffenden Daten einschliesslich der besonders schützenswerten Personendaten und Dokumente erteile ich den nachfolgenden Organisationen ein Zugriffs-, Bearbeitungs- und Weiterleitungsrecht für die Erstellung des mich betreffenden Gutachtens auf Basis der veranlassten Analyse:

- (1) <ZSR-X123456 OR GLN 7612345678901, YAI PoC AG (Digitaler Service)
- (2) <ZSR-X123456 OR GLN 7612345678901, Labor (Humanmedizinisches Labor)
- (3) <ZSR-X123456 OR GLN 7612345678901, Docliv (Verordner und Facharzt für klinische Pharmakologie und Toxikologie)

## Weitergehende Datenzugriffe

Für nachfolgend angeführte Organisationen bestimme ich zudem freiwillig ein Recht auf Dateneinsicht in die Ergebnisse dieser Analyse:

- (4) <ZSR-\_\_\_\_\_ oder GLN \_\_\_\_\_, Arztpraxis (Hausarzt):\_\_\_\_\_

## 11. Information über Kosten der Untersuchung

Ich bestätige, dass ich über die Kosten der genetischen Untersuchung informiert wurde und auch über die Bedingungen einer allfälligen Kostenübernahme durch die Grundversicherung der Krankenkasse. Die effektiven Kosten werden gemäss Analysentarif und Behandlungstarif Tarmed berechnet. Diese sind abhängig von der Anzahl der untersuchten Gene.

Eine typische Untersuchung betrifft drei Gene und führt zu Analysenkosten von CHF 1'327.50 und Facharztkosten von CHF 400.-. Berechnet werden maximal 10 Gene mit einem Kostendach von CHF 2'295.-, auch wenn mehr als 10 Gene involviert sind. Die Kosten können durch die Kranken-Grundversicherung (OKP) übernommen werden, wenn eine Verordnung durch einen klinischen Pharmakologen und Toxikologen vorliegt. Vorbehalten sind Franchise und Selbstbehalt.

## 12. Erklärung Patient / Vertreter

Ich bestätige, dass ich durch den veranlassende Apotheker/in in einem abgetrennten Beratungsbereich verständlich über die geplante genetische Untersuchung, deren Aussagekraft sowie der Grenzen aufgeklärt wurde und die Informationen verstanden habe. Die von mir vorangehend festgelegten Organisationen sollen gemäss diesem Auftrag Zugang zu den Ergebnissen dieser Abklärung erhalten.

Link: [www.yai.ch/community](http://www.yai.ch/community)

### 13. Weitere Bestimmungen

Ich bestätige mein Einverständnis zu den nachfolgenden Bestimmungen als integrierender Bestandteil des vorliegenden Vertrages:

- Probenentnahme und Analyseauftrag
- Aufbewahrung Daten und Probenmaterial
- Datenzugang für Facharzt
- Datenaufbewahrung und Teilnahme an Studien
- Abrechnungsdaten für Krankenversicherer
- (wenn zutreffend) Persönliche Kostenübernahme
- Informationen zum Gen-Test gelesen
- Informationen zum Gen-Test verstanden
- Keine offenen Fragen mehr

Ich erkläre, diesen Vertrag sowie die dazu gehörenden Dokumente gelesen, verstanden und akzeptiert zu haben.  
Zur Auftrags Erfüllung entbinde ich \_\_\_\_\_ vom Berufsgeheimnis gegenüber den in Ziffer 10 angeführten

Parteien.

Unterschrift Kunde/Vertreter

Ort und Datum

### 14. Integrierende Bestandteile des vorliegenden Vertrages:

- Patienteninformation Aufklärung Pharmakogenetik → Link: [www.yai.ch/community](http://www.yai.ch/community)

## Medikamentenanamnese

Name:

Vorname:

*\*Es ist wichtig die Untenliegenden Fragen zu beantworten, um mögliche Zusammenhänge zwischen Medikamenten und Beschwerden zu verstehen.*

### Fragen zur Aktuellen Medikation

- Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?  
Bitte nennen Sie den Namen des Medikaments, die Indikation, die Dosierung und die Häufigkeit der Einnahme, falls bekannt.

### Vertragen Sie die aktuelle Medikation?

- Welche Symptome oder Beschwerden haben Sie bemerkt?

- Was vermuten Sie, inwiefern diese Symptome mit der Medikation zusammenhängen könnten?

- Innerhalb welchen Zeitraums nach Beginn der Medikamenteneinnahme traten die Symptome auf?

- Haben sich die Symptome seit Beginn der Medikamenteneinnahme verschlimmert oder verbessert?

- Wurde das Medikament schon einmal pausiert, und haben sich Ihre Beschwerden in dieser Zeit verbessert?

- Wurde das Medikament nach einer Pause wieder angesetzt, und traten die Beschwerden erneut auf?

**Gibt es andere bekannte Unverträglichkeiten von Medikamenten?**

- Haben Sie in der Vergangenheit auf bestimmte Medikamente allergisch reagiert oder sie nicht vertragen? Wenn ja, welche Medikamente waren das und welche Beschwerden traten auf?

- Wurde aufgrund dieser Beschwerden die Medikation abgesetzt, die Therapie geändert oder andere Maßnahmen ergriffen? Gerne dürfen Sie uns jegliche Dokumente im Zusammenhang mit der Medikation beilegen. (Beispiel: eMediplan, Liste der Medikation,

Spitalaustrittsberichte usw.)

**Beilagen:**

-  
-  
-

Beidseitige Kopie der  
Krankenversicherungskarte



Beidseitige Kopie der ID  
oder des Reisepasses