

Bitte senden Sie dieses Dokument im Original,
vollständig ausgefüllt und unterschrieben,
an unsere Korrespondenzadresse in Deutschland:
**IMMUMEDIC Service Büro | c/o Andreas Rach |
Bessemerstrasse 82 10 OG-Süd | 12103 Berlin**



Behandlungsauftrag

Hiermit erteilt

Herr/Frau

(Name, Vorname, Geb.-Datum)

.....
(Straße, PLZ, Wohnort, Land, Telefonnummer)

(nachfolgend Kunde/Patient)

den nachfolgend spezifizierten Auftrag zu DC-Behandlungsmodulen

an Firma: **IMMUMEDIC Limited,**

130 Leinster Road | IR- D06AW84 Dublin 6 | Ireland

(nachfolgend IMMUMEDIC):

1. Auftragsgegenstand

Hiermit gibt der *Kunde* nach ausführlicher Aufklärung den Auftrag an *IMMUMEDIC* für

Behandlungsmodul DCs

im Wesentlichen bestehend aus der Herstellung der dendritischen Zellen aus dem körpereigenen Blut im immunologischen Speziallabor und die Weiterverarbeitung zur autologen, dann durch den benannten Arzt bzw. Klinik 4-mal zu injizierenden Zellsuspension, der Lieferung des Blutentnahmesets an den Arzt, die Logistik zwischen Arztpraxis – Labor – Arztpraxis, zum Preis von **€ 21.800,00**

2. Abwicklung

Die therapeutischen Anwendungen finden grundsätzlich bei einem Arzt bzw. in einer Klinik statt.

Der zu zahlende Gesamtbetrag ist grundsätzlich mit Vertragsschluss fällig.

Der *Kunde* ist Privatzahler. Nach Rechnungsstellung ist der Betrag innerhalb von 7 Tagen zu überweisen.

Nach Verbuchen der Zahlung des Rechnungsbetrages, auf dem von *IMMUMEDIC* benannten Konto werden umgehend vom deutschen Labor der *IMMUMEDIC* die Sets zur Blutentnahme an den vom *Kunden* ausgewählten Arzt versendet. Um einen reibungslosen Ablauf bei der Logistik und im Labor zu gewährleisten, unterbreitet *IMMUMEDIC* dem behandelnden Arzt einen zeitnahen Terminvorschlag; von ihm erhält der *Kunde* / sein *Patient* dann direkt den Termin für die Blutentnahme.

Mitglieder privater Krankenversicherungen, privat zusatzversicherte und beihilfeberechtigte *Kunden* können einen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung / ihrem Beihilfeträger haben. Das Erstattungsverfahren führt der *Kunde* gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich und unabhängig von der Durchführung dieses Behandlungsvertrages durch. Für eine Unterstützung bei der Beantragung einer Kostenerstattung durch private Krankenversicherungen stellt *IMMUMEDIC* Dokumente, wie Patienteninformation, Angebotsschreiben und Rechnungskopien, zur Verfügung.

3. Beschreibung

Das Behandlungsmodul 'DCs' sieht eine erforderliche Blutentnahme beim Arzt von max. 200 ml vor. Mit diesem Blut wird im Speziallabor sofort begonnen, in einem aufwendigen Verfahren adulte dendritische Zellen zu entwickeln, die im Weiteren (sehr verkürzt dargestellt) durch die Aufnahme von sich im Blut befindlichen, tumorspezifischen Antigenen 'geschult' und dann zu einer Zellsuspension, dem quasi körpereigenen Serum, für 4 Applikationen mittels Injektion, verarbeitet werden.

(Weitere beschreibende Hinweise: Siehe das Dokument 'Patienteninformation'.)

Bitte senden Sie dieses Dokument im Original, vollständig ausgefüllt und unterschrieben, an unsere Korrespondenzadresse in Deutschland: **IMMUMEDIC Service Büro | c/o Andreas Rach | Bessemerstrasse 82 10 OG-Süd | 12103 Berlin**



4. Hinweise

- (1) Die Therapie – nur unter Einschaltung des vom Kunden benannten durchführenden Arztes – mit körpereigenen dendritischen Zellen ist ein durch hunderte wissenschaftliche Studien weltweit in seiner Effektivität bestätigtes Verfahren. Die *IMMUMEDIC* erbringt ihre Dienstleistung(en) auf Grundlage und nach den Regeln der Komplementärmedizin.
- (2) Über mögliche, aber sehr seltene Nebenwirkungen, wie leichte Temperaturerhöhungen in den ersten Tagen, sehr seltene allergische Reaktionen, geringe Blutdrucksenkung und leichte Veränderungen des Blutbildes, wurde der *Kunde* informiert. Der *Kunde* stimmt auch zu, dass sein Blutbild auf Virenbefall überprüft wird.
- (3) Der *Kunde* wurde darauf hingewiesen, dass das Behandlungseinheiten 'DCs und DKZplus, dendritische Zelltherapie' eine ärztliche, allgemeinwissenschaftliche Therapie nicht vollständig ersetzen kann und keine körperlichen Untersuchungen und/oder Behandlung durch einen Arzt ersetzt. Bei Beschwerden ist der *Kunde* aufgefordert, sich in die Behandlung eines Arztes zu begeben. Sofern ein neuer ärztlicher Rat bekannt wird und dieser für den *Kunden/Patienten* als wissenswert erscheint, wird *IMMUMEDIC* dies dem *Kunden* unverzüglich mitteilen.
- (4) Aufgrund des sehr hohen Aufwands zur Entwicklung der dendritischen Zellen und zur Herstellung der 'körpereigenen' Zellsuspension (zur Injektion) und des zwingend anzuwendenden engen Terminplans ist der *Patient* angehalten, die mit dem durchführenden Arzt vereinbarten Termine strikt einzuhalten. Sollte es aus verschiedenen Gründen nicht zur terminierten Durchführung der Injektion mit der frisch hergestellten Zellsuspension kommen, und der Grund hierfür beim *Kunden/Patienten* liegen, so sind die Kosten dennoch entstanden und auch zu bezahlen.

5. Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht (EU ohne Österreich) / Rücktrittsrecht (Österreich)

Der *Kunde* hat das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Auftrag/Vertrag zu widerrufen.

Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage ab dem Tag des Vertragsabschlusses.

Um das Widerspruchsrecht auszuüben, muss der *Kunde* den Auftragnehmer *IMMUMEDIC* [*IMMUMEDIC* Limited, 130 Leinster Road | IRL-D06AW84 Dublin 6 | Irland | E-Mail: immumedic@gmail.com | Fax via DE: +41 (0)71 560 44 22 | Tel.: +353 01 442 8152 mittels einer eindeutigen Erklärung (idealerweise per E-Mail oder Telefax) über seinen Entschluss, diesen Auftrag zu widerrufen, informieren. Wird von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht, so wird dem *Kunden* seitens *IMMUMEDIC* unverzüglich (z. B. per E-Mail) eine Bestätigung über den Eingang eines solchen Widerrufs übermittelt.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass der *Kunde* die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absendet.

Folgen des Widerrufs

Wenn der *Kunde* diesen Vertrag / seinen Auftrag widerruft, hat *IMMUMEDIC* alle Zahlungen, die es vom *Kunden* diesbezüglich bereits erhalten hat, unverzüglich und spätestens binnen 14 Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über seinen Widerruf des Vertrags dort eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwendet *IMMUMEDIC* dasselbe Zahlungsmittel, das der *Kunde* bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt hat, es sei denn, mit dem *Kunden* wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart.

In keinem Fall werden dem *Kunden* wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet.

6. Datenschutz

Alle Daten werden nach den Vorgaben der europäischen Datenschutzgesetze behandelt. Die ärztliche Schweigepflicht wird auch auf die Herstellung von dendritischen Zellen und deren Handhabung angewendet.



Der Kunde hat von diesem Auftrag zur Behandlung mit dendritischen Zellen eine Kopie erhalten. Die beigelegte Einverständniserklärung des Kunden zur Datenerhebung ist Bestandteil dieses Auftrags.



Nur ankreuzen, wenn die nachfolgende Passage so gewollt ist:

Ich als Kunde beauftrage *IMMUMEDIC*, mit der Ausführung der vertraglich geschuldeten Leistung bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist zu beginnen.
Ich bestätige meine Kenntnis, hierdurch mein Widerrufsrecht zu verlieren.

Ort, Datum

Unterschrift (Kunde oder gesetzl. Vertreter*)

*) Bei 'gesetzlichem Vertreter' bitte Zusatzblatt anfordern!

Bitte senden Sie dieses Dokument im Original,
vollständig ausgefüllt und unterschrieben,
an unsere Korrespondenzadresse in Deutschland:
**IMMUMEDIC Service Büro | c/o Andreas Rach |
Bessemerstrasse 82 10 OG-Süd | 12103 Berlin**



Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V (DE) oder vergleichbarem europäischen Recht

Ich,

.....
(Name, Vorname, Geb.-Datum)

.....
(PLZ, Wohnort, Land)

erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden,

- dass mein Arzt/Behandler die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung an die IMMUMEDIC Limited per elektronischer Datenübertragung weitergibt und diese dann für zu erbringende Leistungen verarbeiten und nutzen darf.

- dass mein behandelnder Arzt/Klinik (Bitte eintragen: Praxis, Name, Ort)

..... ist.

- dass IMMUMEDIC Limited meine Behandlungsdaten und Befunde zu den gleichen Zwecken an meinen Arzt/Klinik übermittelt.

- dass mir bekannt ist, diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen zu können.

Sollte ich den Arzt bzw. Klinik wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Arzt/Klinik meinem neuen Arzt/Klinik die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Arzt/Klinik diese Unterlagen bei einem bisherigen Arzt/Klinik anfordern darf.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Kunde oder gesetzl. Vertreter*)

*) Bei 'gesetzlichem Vertreter' bitte Zusatzblatt anfordern!

Bitte senden Sie dieses Dokument im Original,
vollständig ausgefüllt und unterschrieben,
an unsere Korrespondenzadresse in Deutschland:
**IMMUMEDIC Service Büro | c/o Andreas Rach |
Bessemerstrasse 82 10 OG-Süd | 12103 Berlin**



Anamnese-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen herzlichen Dank für Ihr Vertrauen in uns. Im Interesse einer für Sie optimalen
und qualitativ hochwertigen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben:

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geb.-Datum: _____ Beruf: _____

Tel. (privat): _____ E-Mail: _____

Tel. (dienstlich): _____ Tel. (mobil): _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Der gewählte Facharzt / Facharzt in Klinik für die DC-Therapie mit Anschrift:

Versichertenstatus Soz.-Versich.-Nr.: _____

Gesetzlich krankenversichert, Wenn ja, wo? _____

Privat zusatzversichert Wo und Was? _____

Privat krankenversichert, Wenn ja, wo? _____

Persönliches

	ja	nein	
Treiben Sie regelmäßig Sport? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, _____ mal pro Woche
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, _____ Zigaretten pro Tag
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leiden Sie an Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, _____ welche? _____

<u>Impfschutz vorhanden?</u>	ja	nein		ja	nein
Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mumps-Masern-Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte senden Sie dieses Dokument im Original,
vollständig ausgefüllt und unterschrieben,
an unsere Korrespondenzadresse in Deutschland:
**IMMUMEDIC Service Büro | c/o Andreas Rach |
Bessemerstrasse 82 10 OG-Süd | 12103 Berlin**



Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen/Infektionen bekannt?

- | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|----------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | Schilddrüse | <input type="checkbox"/> | Cholesterin zu hoch | <input type="checkbox"/> | HIV | <input type="checkbox"/> |
| Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> | Krebserkrank. | <input type="checkbox"/> | Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> | Hepatitis | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | Rheuma | <input type="checkbox"/> | Magenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | Thrombose | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Asthma | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> | Arthrose | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrank. | <input type="checkbox"/> | Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> | Osteoporose | <input type="checkbox"/> |
- Sonstiges: _____

Sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) folgende Erkrankungen bekannt?

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-------------|-------|
| Herzkrankheit/Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | bei wem? | _____ |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | bei wem? | _____ |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | bei wem? | _____ |
| Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> | bei wem? | _____ |
| | | Welche Art? | _____ |

Hatten Sie folgende Operationen?

- | | | | | | |
|-----------|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Herz-OP | <input type="checkbox"/> | Gefäße-OP | <input type="checkbox"/> | Keine davon | <input type="checkbox"/> |
| Krebs-OP | <input type="checkbox"/> | Brust-OP | <input type="checkbox"/> | Gallenblase-OP | <input type="checkbox"/> |
| Mandel-OP | <input type="checkbox"/> | Blinddarm-OP | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsen-OP | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Gebärmutter-OP | <input type="checkbox"/> |
- Sonstige: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja

Wenn ja, welche und wofür? _____

Haben Sie Unverträglichkeiten gegen Medikamente? ja

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? _____

Bitte senden Sie dieses Dokument im Original,
vollständig ausgefüllt und unterschrieben,
an unsere Korrespondenzadresse in Deutschland:
**IMMUMEDIC Service Büro | c/o Andreas Rach |
Bessemerstrasse 82 10 OG-Süd | 12103 Berlin**



Haben Sie bereits andere Krebstherapien hinter sich? ja

Wenn ja, bitte genaue Angaben dazu machen (welche, wie oft, wann, wie angeschlagen usw.):

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Ihr Team von IMMUMEDIC Limited

Beim Ausfüllen dieses Anamnesebogens hat mein behandelnder Arzt mitgewirkt:

Name:

Praxisstempel:



Diesem Dokument sind noch ____ Blätter als Anlagen beigelegt.