

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR BEFUND-/PROBENÜBERMITTLUNG AN DIE EINHEIT FÜR KLINISCHE GENETIK (ANGEHÖRIGE)

Patient/in, Ratsuchende/r: _____

(Name und Geburtsdatum in Blockbuchstaben)

Angeforderte/r Angehörige/r: _____

(Name und Geburtsdatum in Blockbuchstaben)

Ich _____

(Name der/des Angehörigen, Erziehungsberechtigte/r oder Vertreter/in in Blockbuchstaben)

bin damit **einverstanden**, dass **Befund(e), ärztliche Bericht(e)** und entnommenes Probenmaterial von

mir

meinem Kind: _____

Geburtsdatum: _____

meinem/r zu Vertretenden: _____

Geburtsdatum: _____

an die

Einheit für Klinische Genetik

Müllner Hauptstraße 48

A-5020 Salzburg

übermittelt und besprochen werden dürfen.

Datum

Unterschrift der/des Angehörigen, Erziehungsberechtigte/r oder Vertreter/in

