

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR BEFUND-/PROBENÜBERMITTLUNG AN DAS UNIVERSITÄTSINSTITUT FÜR HUMANGENETIK

Ich _____ Geburtsdatum: _____

(Vorname und Name der/des Ratsuchenden, Erziehungsberechtigten oder Vertreters/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: _____

(Vorname und Name in Blockbuchstaben)

an das

Universitätsinstitut für Humangenetik der PMU

Müllner Hauptstraße 48

A-5020 Salzburg

übermittelt und besprochen werden dürfen.

Datum

Unterschrift der/des Ratsuchenden / Erziehungsberechtigten oder Vertreters/in

