

## 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

