

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR BEFUND-/PROBENÜBERMITTLUNG AN DIE DIVISION 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

Division für Klinische Genetik
Müllner Hauptstraße 48
A-5020 Salzburg

übermittelt und besprochen werden dürfen.

Datum

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