

## Universitätsinstitut für Humangenetik der PMU

INTERIM. VORSTAND: PRIVATDOZENT DR. MED. DIETER KOTZOT

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR BEFUNDÜBERMITTLUNG AN ANGEHÖRIGE

Im Rahmen meiner genetischen Untersuchung / Behandlung wurde mir entsprechend § 70 Gentechnikgesetz (GTG) empfohlen, meinen möglicherweise betroffenen Verwandten zu einer humangenetischen Untersuchung und Beratung zu raten.		
Ich		
(Name und Geburtsdatum der/des Ratsuchenden, Patientin/Patienten, Erziehungsberechtigten oder Vertreterin/Vertreters)		
bin damit einverstanden, dass genetische Befund(e) und ärztliche Bericht(e) von		
	mir	
	meinem Kind:	Geburtsdatum:
	meinem/r zu Vertretenden:	Geburtsdatum:
zu diesem Zweck an die folgenden Personen (Verwandte) übermittelt und mit diesen besprochen werden dürfen, sofern sich diese zu einer genetischen Beratung vorstellen:		
(	(Name und Geburtsdatum in Blockbuchstaben)	
(	(Name und Geburtsdatum in Blockbuchstaben)	
(	(Name und Geburtsdatum in Blockbuchstaben)	
Datum Unterschrift der/des Patientin/Patienten, Ratsuchenden,		atienten, Ratsuchenden,
Erziehungsberechtigten oder Vertreters/in		

Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH Landeskrankenhaus Salzburg | Müllner Hauptstraße 48 5020 Salzburg | UID-Nr. ATU57476234 Landesgericht Salzburg | FN 240832s Universitätsinstitut für Humangenetik Telefon +43 (0)5 7255 - 26299 humangenetik@salk.at | www.salk.at

FO-100645 Gültig bis: 0

01.04.2025



Freigegeben am:

12.04.2023 Seite 1 von 1