Universitätsinstitut für Humangenetik der PMU
VORSTAND: UNIV.-PROF. DR. MED. DOMINIK WESTPHAL

UNIKLINIKUM SALZBURG
LANDESKRANKENHAUS

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