



Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen

Leistungen:

- Hämochromatose (C282Y, H63D, S65C)**
- Vaskuläres Risikoprofil (FXIII, MTHFR, FII, FV)**
- Zutreffendes bitte ankreuzen**

Anfordernde Fachärztin / anfordernder Facharzt:

Name:

Telefon:

Datum:..... Unterschrift zuw. Fachärztin/Facharzt:.....

Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen

Ich wurde von der zuweisenden Fachärztin / vom zuweisenden Facharzt über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der genetischen Untersuchung aufgeklärt und stimme der Untersuchung zu.

Patientenname:

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

Datum:..... Unterschrift der Patientin/des Patienten.....

Bitte um Übermittlung der unterzeichneten Einverständniserklärung gleichzeitig mit der Patientenprobe oder per FAX unter 0316 385 14790.