

Einverständniserklärung f. genetische Untersuchung

Leistungen:

- Hämochromatose (C282Y, H63D, S65C)
- Vasculäres 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.