



GRA/Extern Richtlinie 2002.4033 vom 09.07.2024

LKH Univ. Klinikum Graz Klin. Abteilung für Rheumatologie und Immunologie / Immunologisches Labor

Einverständniserklärung f. genetische Untersuchung



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.