



**EINVERSTÄNDNIS ZUR ÜBERMITTLUNG HUMANGENETISCHER BEFUNDE**

Ich, ....., geb.....

bin damit einverstanden, dass meine Befunde postalisch<sup>1</sup> an

.....  
.....

übermittelt werden dürfen.

.....  
Ort, Datum                      Nachname, Vorname Patient/in bzw. Vertreter/in (BLOCKBUCHSTABEN)                      Unterschrift Patient/in bzw. Vertreter/in

<sup>1</sup> Aufgrund Datenschutzrechtlicher Bestimmungen, ist es uns nur möglich Befunde eingeschrieben auf dem postalischen Weg zu versenden.