

An
LABORATORIUMSMEDIZIN MVZ KÖLN
Dr. Laser und Kollegen
- PCR-Labor -
An der Wachsfabrik 25

50996 Köln

Praxisstempel

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer humangenetischen Analyse

Hiermit gebe ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

mein Einverständnis zu der angeforderten Untersuchung/den angeforderten Untersuchungen. Über die Art und Aussagekraft der angeforderten Analytik wurde ich aufgeklärt und bin mit der erforderlichen Probenahme einverstanden.

- Die Untersuchung wird für mich durchgeführt
- Die Untersuchung wird für meine Tochter/meinen Sohn durchgeführt:

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Die Probe darf vom Einsendelabor, falls erforderlich, an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden. Das Probenmaterial darf zu diagnostischen Kontrollzwecken in anonymisierter Form aufbewahrt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient
