

**FB EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR DIE ANFORDERUNG
VON PROBENMATERIAL**

**Einverständniserklärung
für die Anforderung von Probenmaterial**

Ich bin damit einverstanden, dass Probenmaterial angefordert wird:

von mir selbst

von _____ geb. _____
Name Verwandtschaftsgrad

Anforderung durch Ärzte/innen des ZMGIs:

Frau/Herr Dr. _____

darf Probenmaterial für die genetische Diagnostik anfordern.

ohne Einschränkung

nur von _____
(Arzt/Ärztin, Klinik, usw.)

Anforderung von Probenmaterial beim ZMGI:

Frau/Herr Dr. _____ in _____
(Arzt/Ärztin) (Klinik, Ordination)

darf Probenmaterial anfordern.

Diese Einverständniserklärung gilt bis zum Widerruf.

Datum

Name, Vorname, Geburtsdatum

Unterschrift