

PatientIn:	
Herr/Frau	_____
	(Nachname, Vorname)
geb. am	_____
	(Geburtsdatum)
wohnhaft	_____
	(Anschrift)

Einwilligung zur Anforderung klinischer und genetischer Befunde

Ich (Wir),

Frau/ Herr _____

(Nachname, Vorname)

(Nachname, Vorname)

geb. am _____

(Geburtsdatum)

(Geburtsdatum)

wohnhaft _____

(Anschrift)

(Anschrift)

willige(n) hiermit ein, dass klinische und genetische Befunde von mir / o.g. Patienten/in von den MitarbeiterInnen des Universitätsinstituts für Medizinische Genetik angefordert werden dürfen.

Diese Einwilligung bezieht sich auf:

- alle von mir / o.g. Patienten/in verfügbaren klinischen und genetischen Befunde
- klinische und genetische Befunde, die von folgendem/n Arzt/Ärzten erstellt wurden:

1. Name: _____

Anschrift: _____

2. Name: _____

Anschrift: _____

3. Name: _____

Anschrift: _____

Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.

Ort, Datum

Unterschrift PatientIn bzw. berechnigte Person(en)

Diese Einwilligung kann jederzeit ganz oder in Teilen für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf kann schriftlich / per E-Mail / Fax an die nebenstehende Adresse gerichtet werden.

**Medizinisches
Versorgungszentrum
am
Klinikum Oldenburg
GmbH**

Medizinische Genetik

in Kooperation mit

**Universitätsinstitut für
Medizinische Genetik**

**Univ.-Prof. Dr. med.
Marc-Phillip Hitz, PhD**

Rahel-Straus-Straße 10
26133 Oldenburg

Genetische Ambulanz

Telefon:
0441 - 403 2407

Fax:
0441 - 403 2967

E-Mail:
medizinische-genetik@
klinikum-oldenburg.de

Internet:
<http://www.klinikum-oldenburg.de>

Datum:
14.09.2022

Geschäftsführer:
Sebastian Hahn

Erfüllungsort und Gerichtsstand:
Oldenburg (Oldb)

HR B 202124
Steuer-Nr.: 64/220/18170

Bankverbindung:

IBAN:
DE85 2805 0100 0001 6940 82
BIC: SLZODE22