

Unser Zeichen:
Für:

Einverständniserklärung für das Verschaffen von medizinischen Daten

Ich gebe folgenden Ärzten mein Einverständnis, um medizinische Daten und (falls zutreffend) eingelagertes Körpermaterial für die Erblichkeitsuntersuchung an den Arzt der Abteilung Humangenetik der Universitätsklinik Rotterdam (Erasmus MC) zur Verfügung zu stellen.

von mir *

oder

von * (falls Unterzeichnende(r) Erziehungsberechtigte(r) / gesetzlicher Vertreter(in) ist):

Name.....Vorname.....

Geburtsdatum.....männlich/weiblich

von * verstorbenes Familienmitglied:

Name.....Vorname.....

Geburtsdatumman/vrouw

Sterbedatum.....

(* Zutreffendes bitte ankreuzen)

Medizinische Vorgeschichte:

Untersucht / behandelt von:

1) Name des ArztesAbteilung.....Jahr.....
Krankenhaus.....Ort.....

2) Name des ArztesAbteilung.....Jahr.....
Krankenhaus.....Ort.....

3) Name des ArztesAbteilung.....Jahr.....
Krankenhaus.....Ort.....

4) Name des ArztesAbteilung.....Jahr.....
Krankenhaus.....Ort.....

Personangaben des Unterzeichnenden:

Herr/Frau..... Geburtsdatum

Straße.....

Postleitzahl.....Ort.....

Datum:.....Ort:.....Unterschrift.....

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars geben Sie Ihr Einverständnis, dass die oben angekreuzte Person in unser Patientenregister aufgenommen wird.

Dieses Formular bitte unterzeichnet in beigefügtem Freiumschlag zurücksenden, bzw. senden an:

..... (Name des Humangenetiker)