

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR BEFUNDÜBERMITTLUNG

Name Patient/in: _____ Geburtsdatum: _____

Ich bin damit **einverstanden**, dass **Befund(e) und/oder ärztliche Bericht(e)** des EB-Hauses Austria von

mir

meinem Kind: _____ **Geburtsdatum:** _____

meiner vertretenen Person: _____ **Geburtsdatum:** _____

an folgende/n Arzt/Ärztin **übermittelt** werden dürfen:

Name: _____

Adresse: _____

bei vorherrschender Notwendigkeit für die genetische Beratung vom zuständigen ärztlichen Personal des EB-Hauses Austria eingesehen und mit folgender/n Person(en) **besprochen** werden dürfen:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Datum _____ Unterschrift Patient/in, Erziehungsberechtigte/r oder gerichtl. Erwachsenenvertreter _____