

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

SYNLAB MVZ Humangenetik Mannheim GmbH  
Harrlachweg 1  
68163 Mannheim

Tel. 0621-42286-0  
Fax: 0621-42286-88

Hiermit erkläre ich,

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

mich damit einverstanden, dass von der Facharztpraxis „SYNLAB MVZ Humangenetik Mannheim“ folgende ärztliche Unterlagen

- Beratungsbrief
- Befund der Chromosomenanalyse: \_\_\_\_\_
- Befund der molekulargenetischen Diagnostik: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

an die im Folgenden genannten Kollegen/ Einrichtung(en) weitergegeben werden (Fax-Nr. oder Adresse unbedingt angeben):

Name	Adresse	Fax

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters