

Patient*in		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Name, Vorname		geb.		
Straße				
PLZ	Ort			
ID Familie	ID Material			

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus



DIE DRESDNER.

Institut für Klinische Genetik
Fetscherstraße 74, Haus 137, Laborbereich
01307 Dresden, Germany

Genetische Ambulanz

Tel.: +49 (0)351 458 2891

Fax: +49 (0)351 458 4316

Email: genetische.ambulanz@uniklinikum-dresden.de

Probenüberlassung

Stationäre / ambulante Behandlung bei Ihnen am: _____

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

o.g. Patient*in hat sich in unserer Genetischen Ambulanz vorgestellt. Wir bitten Sie im Rahmen der genetischen Beratung um Überlassung von Tumormaterial für die weitere Diagnostik.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Arzt / Ärztin

Einwilligung

Ich willige in die Überlassung des Probenmaterials an das Institut für Klinische Genetik ein.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in / erzie-
hungsberechtigte Person