

Institut für Labormedizin

Einverständniserklärung zur Übermittlung von Befunden/Proben

Ich, _____, geb. am _____,
bin mit der Übermittlung von

☐ meinen Befunden/meinen Proben

☐ den Befunden/den Proben von _____, geb. am _____

betreffend _____

an:

oder:

einverstanden.

Ort

Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Vormund

Institut für Labormedizin

Telefon 062 838 53 00

E-Mail labormedizin.genetik@ksa.ch



SMTS 0057