

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

20250307

Seite 1 / 1