



## Einverständniserklärung zur Befundanforderung

Wiener Gesundheitsverbund  
 Klinik Donaustadt  
**Klinische Genetik**  
**Stabstelle für genetische Beratungen und Analysen**  
 1220 Wien, Langobardenstraße 122  
 Tel: +43 1 28802-1350  
 Fax: +43 1 28802-991350  
[kdo.genetik@gesundheitsverbund.at](mailto:kdo.genetik@gesundheitsverbund.at)  
[klinik-donaustadt.gesundheitsverbund.at](http://klinik-donaustadt.gesundheitsverbund.at)

Befunde von		vertreten durch	
Klebeetikett oder bitte in Blockbuchstaben		Bei minderjährigen Kindern / beschwalteteten Personen	
Nachname Vorname		Nachname Vorname	
Versicherungsnummer inkl. Geburtsdatum	Geschlecht	Geburtsdatum	Beziehung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden und **gestatte** ausdrücklich, dass alle Befunde von oben genannter Person (inklusive genetischer Befunde) der Stabstelle Klinische Genetik der Klinik Donaustadt zur Verfügung gestellt werden sollen und übermittelt werden dürfen.

.....  
 Ort und Datum

.....  
 Unterschrift der Person bzw. der Vertretung