



Labor Dr. Mustafa

Medizinisch Diagnostisches Labor

Ziehrerplatz 9, 1030 Wien

Mo-Do 7:00-17:30, Fr 7:00-16:00

office@labormustafawien.at

Tel.: 01/713 82 23

Fax.: 01/713 91 88-17

Einverständniserklärung

Zur Durchführung einer Genanalyse zu medizinischen Zwecken.

Geplante Untersuchung:

Ich wurde vom zuweisenden Arzt im Sinne des derzeit gültigen Gentechnikgesetzes über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der geplanten Analyse aufgeklärt. Ich stimme der Durchführung der Genanalyse zu.

Name der zu untersuchenden Person:

Geburtsdatum:

Unterschrift:

Name, Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes:

Ort, Datum:
