

Genetische Beratung

Entbindung vom Arztgeheimnis

Personalien der untersuchten Person

Name _____ Vorname _____ Geb.datum _____

Strasse _____ Tel. _____

PLZ/Ort _____

Hiermit entbinde ich meine behandelnden Ärzte vom Arztgeheimnis und bitte um Zusendung von relevanten Berichten/Befunden (vgl. unten) an die genetische Beratungsstelle, zuhanden von

Dr. med. Roland Spiegel
FMH Medizinische Genetik
Weinbergstr. 9
8001 Zürich
Tel: + 41 (0)44 251 90 94
Fax: + 41 (0)44 252 48 40
e-mail: spiegel@genetica-ag.ch

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Aerztliche Berichte stationär/ambulant

- Austrittsberichte stationär
- Untersuchungsberichte ambulant
- Zusammenfassung KG (telefonisch)

Laborberichte

- Resultate Zytogenetik
- Resultate Molekulargenetik (DNA-Bericht)
- anderes: _____