

Einwilligungserklärung zum Materialtransfer des Neugeborenen Screenings der Charité an Labor Berlin – Charité Vivantes GmbH

Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung

Patienteninformation	
Name.....	Vorname.....
geb.....	Tel.....
Straße.....	
PLZ.....	Ort.....
Screening-ID:.....	

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass von meinem Kind entnommenes Blut vom Neugeborenen Screening der Charité an Labor Berlin – Charité Vivantes GmbH zum Zwecke der Untersuchung auf

..... (Diagnose oder Untersuchung) ausgegeben wird.

Die Neugeborenen Screeningkarte verbleibt im Archiv des Neugeborenen Screenings der Charité. Zum Zwecke der Untersuchung wird eine Teilmenge des Trockenbluts übermittelt.

Ort, Datum	Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des gesetzlichen Vertreters
------------	--