

Einverständniserklärung

Vollmacht

Aus rechtlichen Gründen benötigen wir von Ihnen die folgende Einverständniserklärung. Sie geben dem Institut für Pathologie Mittelthüringen Ihre Zustimmung, das von Ihnen entnommene Tumorgewebe zu immunhistochemischen Untersuchungen anzufordern.

Bevollmächtigter

Institut für Pathologie Mittelthüringen
Robert-Koch-Allee 9
99438 Bad Berka

Ich habe die Erklärung gelesen und bin damit einverstanden.

Materialanforderung

Bitte fordern Sie das benötigte Material von folgender Einrichtung / Praxis an.

Praxis / Klinik
MVZ / Institut

Befund-Nr.
(falls bekannt)

Befundübersendung

Bitte senden Sie den Befund an folgende Adresse.

Praxis / Klinik
MVZ / Institut

behand.
Arzt / Ärztin

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Meine Daten

Name, Vorname

geb. am

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Dr. med. Almut Kunze
& Kollegen

Kontakt

E-Mail: info@patho-mth.de

Web: www.patho-mth.de

Niederlassung Bad Berka

Robert-Koch-Allee 9
99438 Bad Berka

Tel.: (036458) 59 91 00

Fax: (036458) 3 27 85

Niederlassung Apolda

Jenaer Straße 66

99510 Apolda

Tel.: (03644) 57 17 90

Fax: (03644) 57 17 99

Niederlassung Gera

Gagarinstraße 35

07545 Gera

Tel.: (0365) 800 11 99

Fax: (0365) 800 70 59

Ort / Datum

Unterschrift Patient / -in