

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die sanoxsys GmbH Gewebematerial von mir anfordert und damit immunhistologische und molekularbiologische Untersuchungen durchführt. In Bezug auf diese Untersuchungen entbinde ich die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Sanoxsys GmbH.

Ort, Datum

Unterschrift