

**Praxis-Labor für Transfusionsmedizin**

Prof. Dr. med. Ralf Karger, M.Sc.

Facharzt für Transfusionsmedizin, Hämostaseologe

Aachener Str. 313 50931 Köln-Lindenthal

---

Tel.: 0221-99515-0

FAX: 0221-99515-68

**Schweigepflichtentbindung**

Ich, \_\_\_\_\_

(Name, Vorname)

geboren am \_\_\_\_\_

bin damit einverstanden, dass im Folgenden genannter Person/genannten Personen/Einrichtungen Auskunft über meinen aktuellen Gesundheitszustand und meine Untersuchungsergebnisse erteilt wird.

Name:

Vorname:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
**Ort / Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient/in / gesetzl. Vertreter/in**