

## Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich die Ärzte :

---

---

---

---

---

---

---

---

von der Schweigepflicht und bitte Sie betreffende Berichte, Befunde usw. an:

**Humangenetik MVZ Osnabrück, Congenics GmbH, Caprivistr. 30, 49076 Osnabrück**

zu senden bzw. Rücksprache mit den dort tätigen Ärzten zu halten.

**Tel. 0541 432761**

**Fax: 0541 80019905**

---

Unterschrift Patient

Ort / Datum