# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

## Tumorseparierung und Tumorversand

Hiermit beauftrage ich meinen Operateur/Pathologen einen Teil meines Tumormaterials zu separieren, und dieses steril und trocken, bei -80°C, auf Trockeneis an die beauftragte Vertrauensperson zu übergeben.

. . . . . .
Patient: Name, Vorname

. . . . . .
Geburtsdatum: TT.MM.J J J J

. . . . . .
Datum Operation: TT.MM.J J J J

. . . . . .
Vertrauensperson: Name, Vorname

. . . . . .
Datum TT.MM.J J J J, Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigten