

Eurofins LifeCodexx GmbH
Line-Eid-Straße 3
78467 Konstanz

Faxnummer: +49 (0)7531 9769480

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Vertretungspraxis erklären wir uns damit einverstanden, dass Sie uns den Ergebnisbericht des PraenaTest® von der Patientin

.....
Name, Vorname der Patientin

.....
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

.....
Anschrift der Patientin

an die folgende Faxnummer senden.

.....
Faxnummer

Wir werden das vorliegende Ergebnis mit der Patientin besprechen.
Die Patientin erklärt sich mit der Übermittlung ihrer Daten an unsere Praxis einverstanden.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der Patientin

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes