

Eurofins LifeCodexx GmbH  
Line-Eid-Straße 3  
78467 Konstanz

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf ausdrücklichen Wunsch meiner unten genannten Patientin bitte ich gemäß §12 (2) GenDG um die Vernichtung der Ergebnisse, die in Zusammenhang mit der genetischen Untersuchung und Analyse im Rahmen des PraenaTest<sup>®</sup> erhoben wurden.

Barcode-Nr.

Lab ID

Name, Vorname der Patientin

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Anschrift der Patientin

Datum der Blutentnahme

E-Mail-Adresse der Patientin  
(zu Bestätigung der Datenlöschung)

Ort / Datum

Unterschrift der Patientin

Ort / Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes