



An die
Eurofins Pränatal-Medizin
Lochhamer Straße 15
82152 Planegg
Fax +49 (0) 89-23237356-90

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf ausdrücklichen Wunsch meiner unten genannten Patientin bitte ich um Löschung ihrer personenbezogenen Daten gemäß §12 GenDG, die in Zusammenhang mit der Durchführung des PraenaTest® 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