


Prof. Dr. med. Dr. phil. J. Kriegsmann PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. M. Otto Prof. Dr. med. V. Krenn Prof. Dr. med. B. Klosterhalfen	MVZ für Histologie, Zytologie und molekulare Diagnostik Trier GmbH	
<b>Einwilligung Abholung Fetus durch ein Bestattungsinstitut</b>		<b>FB</b>

## Vollmacht und Einwilligung zur Abholung des Fetus durch ein Bestattungsinstitut

Ich bevollmächtige hiermit das Bestattungsunternehmen,

\_\_\_\_\_  
 Name Bestattungsinstitut

\_\_\_\_\_  
 Anschrift (Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
 Anschrift (Postleitzahl, Stadt, Land)

mit der Durchführung der Bestattung meines Kindes

\_\_\_\_\_  
 Name / Vorname der Eltern

\_\_\_\_\_  
 Anschrift (Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
 Anschrift (Postleitzahl, Stadt, Land)

Mit dieser schriftlichen Einwilligung an das MVZ für Histologie, Zytologie und molekulare Diagnostik Trier GmbH (MVZHZMD Trier, Max-Planck-Straße 5, 54296 Trier, Fax (+49-(0)651-99258383)), befreie ich das MVZ Trier von den üblichen datenschutzrechtlichen Auflagen sowie den sich daraus ergebenden haftungsrechtlichen Auflagen/Festlegungen und erteile dem oben genannten Bestattungsinstitut die Bevollmächtigung zur Abholung und Bestattung meines Kindes.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Eltern / eines Elternteils