MVZ für Histologie, Zytologie und molekulare Diagnostik Trier GmbH
Registernummer HRB 44346 • Amtsgericht Wittlich
Max-Planck-Str. 5, 8, 17, 20 54296 Trier
Tel.: +49(0)651-948710
Fax: +49(0)651-948711234
Email: praxis@patho-trier.de
Homepage: www.patho-trier.de

Ärztliche Leitung & Geschäftsführung:
Prof. Dr. med. Torsten Hansen
PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto
Geschäftsführung:
Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen • Prof. Dr. med. Veit Krenn
Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann - FÄ f. Pathologie
Dr. rer. nat. Petra Wandernoth - Sprecherin der Geschäftsführung

PATHOLOGIE TRIER
Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.

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)651-948711234)), 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