

**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 Leiter:**  
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  
PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto - FÄ f. Pathologie  
Dr. rer. nat. Petra Wandernoth - Sprecherin der Geschäftsführung



**PATHOLOGIE  
TRIER**  
Histologie, Zytologie, Molekulare Diagnostik.

**Einwilligung Abholung Fetus durch ein Bestattungsinstitut**

**FB**

## 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 (MVZHMD 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