

Einverständniserklärung Antikörper-Test

Bitte ausdrucken und ausgefüllt zum Test mitbringen!

Name: _____

Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Adresse: _____

Tel.Nr.: _____

Email: _____

- Ich erkläre mich durch Abgabe einer Probe (mittels Fingerkuppen-Kapillarblutentnahme) einverstanden.
- Mir ist bewusst, dass es bei oder nach der Abnahme, zu Irritationen, Reizungen und in seltenen Fällen zu Blutungen an der Abstrichstelle kommen kann.
- Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung des Antikörper-Tests einverstanden.

Datum

Unterschrift