



PRIVATKLINIK BAD GLEISWEILER

Einverständniserklärung zur HIV – Blutuntersuchung

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Station: _____

**Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden mein Blut auf den
HIV – Erreger untersuchen zu lassen!**

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in



PRIVATKLINIK BAD GLEISWEILER

Einverständniserklärung zur HIV – Blutuntersuchung

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Station: _____

**Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden mein Blut auf den
HIV – Erreger untersuchen zu lassen!**

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in