

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM HIV-TEST

IFLb

IFLb LABORATORIUMSMEDIZIN BERLIN GMBH

Das Labor.

Patient/in

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Der oben genannte Patient/ die oben genannte Patientin hat der serologischen HIV-Diagnostik nach Aufklärung durch den zuständigen Arzt

zugestimmt

nicht zugestimmt

Datum

Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Arzt

Das Labor.