



## Einverständniserklärung

für eine

- venöse Blutentnahme       Abstrich  
 Impfung

bei minderjährigen Patienten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Mit der Durchführung einer venösen Blutentnahme / Impfung / Abstrich bei meiner Tochter / bei meinem Sohn bin ich einverstanden**     ja     nein

*Der/die Sorge-/Erziehungsberechtigte kann darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von seinem/i ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einverständniserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
des/der Sorge-/Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des  
verantwortlichen Arztes

### Hausärzteezentrum Kaufering

Gemeinschaftspraxis Dres. med.  
Josef Pömsl, Christoph Frhr. von Schnurbein,  
Tim Voegele, Florian Müller, Christoph Lingenauber  
Theodor-Heuss-Str. 2, 86916 Kaufering  
Tel. 08191 969480 \* Fax 08191 9694850  
eMail: info@hausaeerzteezentrum-kaufering.de

Stempel Praxis