

Einverständniserklärung für eine venöse Blutentnahme und/oder Durchführung eines Belastungs-EKGs bei minderjährigen Probanden

Name		Vorname	Geburtsdatum
PLZ	Ort		
Strasse, Nr.		E-Mail	

Im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge und Beratung und/oder Eignungsuntersuchung kann es vorkommen, dass wir eine Blutabnahme oder Belastungs-EKG durchführen wollen/anbieten (Vorsorge) oder müssen (Eignung). Dies kann nicht ohne das Einverständnis der Probanden erfolgen ggf. bei Minderjährigen durch die Sorge-/Erziehungsberechtigten. Falls Sie eine Aufklärung hierzu benötigen bzw. dazu Fragen haben, bitten wir Sie als Sorgeberechtigte Ihr Kind zur Untersuchung zu begleiten. Falls Sie grundsätzlich mit der Untersuchung einverstanden sind und Ihr Kind dieses selbst entscheiden soll, benötigen wir dennoch Ihr Einverständnis dazu.

Ich _____ (Vorname Name) bin ein Sorge-/Erziehungsberechtigter des o.g. minderjährigen Probanden und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ggf. auch weitere Sorgeberechtigte den u.g. Maßnahmen zustimmen.

Mit der Durchführung einer venösen Blutentnahme bin ich einverstanden.

Mit der Durchführung eines Belastungs-EKGs bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift eines Sorge-
/Erziehungsberechtigten