

Einwilligungserklärung für venöse Blutentnahme

Patient / Patientin:

Name

Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

vertreten durch

Name

Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort (falls abweichend)

Geburtsdatum

Sorgeberechtigte/r / Betreuer/in / Bevollmächtigte/r (nicht Zutreffendes bitte durchstreichen)

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, über mögliche Risiken im Zusammenhang mit einer venösen Blutentnahme (wie z.B. Fehlpunktion der Vene und anschließende Ausbildung eines Blutergusses (Hämatom), Fehlpunktion einer Schlagader, lokale Infektion, Schädigung eines Hautnervs mit der möglichen Folge dauerhafter Schmerzen und/oder bleibender Funktionseinschränkungen. Alle oben genannten Risiken sind extrem selten) aufgeklärt worden zu sein und in die Durchführung einer venösen Blutentnahme durch medizinisches Fachpersonal einzuwilligen:

☐ Ja ☐ Nein

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten / der Patientin /

Name und Unterschrift des Probennehmers

Sorgeberechtigte/r / Betreuer/in / Bevollmächtigte/r

(nicht Zutreffendes bitte durchstreichen)