

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR BLUTENTNAHME

Name der/des Patientin/Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

1. Erklärung zur Blutentnahme

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mir Blut entnommen wird. Ich wurde über Zweck, Art und Umfang der Blutentnahme sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen umfassend aufgeklärt.

2. Zweck der Blutentnahme

Die Blutentnahme dient der medizinischen Diagnostik, Behandlung und/oder Vorsorge. Ich wurde darüber informiert, dass die entnommenen Blutproben für die Untersuchung und ggf. für weitere medizinisch notwendige Zwecke verwendet werden.

3. Freiwilligkeit und Widerruf

Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Blutentnahme.

4. Datenschutz

Ich wurde darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten und die Untersuchungsergebnisse vertraulich behandelt und nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen verwendet werden.

5. Rückfragen und weitere Informationen

Ich habe alle meine Fragen zur Blutentnahme beantwortet bekommen und ausreichend Zeit für die Entscheidung erhalten.

PATIENTIN / PATIENT

ÄRZTIN / ARZT

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/einverständniserklärung-blutentnahme/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.