

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.

IFLb

IFLb LABORATORIUMSMEDIZIN BERLIN GMBH

IFLb Laboratoriumsmedizin Berlin GmbH

IFLb MVZ

Geschäftsführer: Dr. med. Roman M. Skoblo
FA für Laboratoriumsmedizin

Windscheidstraße 18
10627 Berlin

www.iflb.de

Tel.: +49 (0) 30 327 903 - 0
Fax: +49 (0) 30 327 903 -90
E-Mail: info@iflb.de

Das Labor.