

# 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.