

Einverständniserklärung



Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass für die Messung möglicher Antikörper gegen Allergene, eine Blutprobe von meiner Fingerkuppe entnommen wird.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die gemessenen Werte gesammelt und wissenschaftlich ausgewertet werden können. Ich erhalte die Zusicherung, dass die erfassten Messwerte und die Auswertungen keine Rückschlüsse auf mich als Einzelperson zulassen.

Die gemessenen Werte sind unverbindlich und ersetzen nicht den Arztbesuch.

Name _____ Vorname _____

Datum _____ Unterschrift _____

Unterschrift der erziehungsberechtigten Person bei Jugendlichen bis 18 Jahre.

Dieses Formular bleibt in der Apotheke.