

Fragebogen Blutentnahme (Bitte Zutreffendes ankreuzen!)**Nachname:** _____**Vorname:** _____**Geburtsdatum:** _____Leiden Sie an **Infektionskrankheiten**?HIV ja neinHepatitis ja neinSonstige: _____ ja neinIst bei Ihnen eine KM-Allergie bekannt? ja nein

- Wenn ja, welche? _____

Haben Sie sonstige **Vorerkrankungen**?Bluterkrankheit (Hämophilie) ja neinSchilddrüsen**überfunktion** ja nein

- Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein?

Ich bin mit der heutigen Blutentnahme durch das med. Personal (MTRA, MFA) einverstanden und willige mit meiner Unterschrift ein.

Datum / Ort_____
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Betreuers