

Zustimmungserklärung (nicht-einwilligungsfähiger minderjähriger Patient)

Patientenaufkleber

Patient (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Angaben zu den Eltern/ Sorgeberechtigten

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Ich möchte bei der Probensammlung für die Biobank mitmachen.

Unterschrift des Patienten (optional)

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Zustimmung des Patienten eingeholt.

Name der aufklärenden Person in Druckbuchstaben

Augsburg _____

Ort

_____ **Datum**

_____ **Unterschrift** der aufklärenden Person