

## Einwilligungsformular für Infektmarkertestung

Spender-Nr. : \_\_\_\_\_

Konserven Nr. : \_\_\_\_\_

Name : \_\_\_\_\_

Vorname : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Wohnort : \_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass meine Infektmarkerresultate übermittelt werden an:

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_