



STÄDTISCHES KRANKENHAUS EISENHÜTTENSTADT
GMBH

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin mir des Umstandes bewusst, dass ich mich freiwillig dieser Erstuntersuchung im Sinne von § 62 AsylG unterziehe. Ich bin mit der Durchführung dieser Untersuchung einverstanden.

Eisenhüttenstadt, _____
Datum

Unterschrift Patient, bei Kindern Erziehungsberechtigter