



STÄDTISCHES KRANKENHAUS EISENHÜTTENSTADT
GMBH

Прізвище: _____

Ім'я: _____

Адреса: _____

Дата народження: _____

Я усвідомлюю той факт, що я добровільно проходжу це первинне обстеження відповідно до § 62 Закону про притулок AsylG.

Я даю згоду на проведення цього обстеження.

Eisenhüttenstadt, _____

дата

Підпис пацієнта