

## Einwilligungserklärung für venöse Blutentnahme

### Patient / Patientin

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr. PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### vertreten durch

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr. PLZ, Ort (falls abweichend)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte/r / Betreuer/in / Bevollmächtigte/r  
(nicht Zutreffendes bitte durchstreichen)

**Hiermit erkläre ich ausdrücklich, über mögliche Risiken im Zusammenhang mit einer venösen Blutentnahme** (wie z.B. Fehlpunktion der Vene und anschließende Ausbildung eines Blutergusses (Hämatom), Fehlpunktion einer Schlagader, lokale Infektion, Schädigung eines Hautnervs mit der möglichen Folge dauerhafter Schmerzen und/oder bleibender Funktionseinschränkungen. Alle oben genannten Risiken sind extrem selten) **aufgeklärt worden zu sein und in die Durchführung einer venösen Blutentnahme durch medizinisches Fachpersonal einzuwilligen:**

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / der Patientin /  
Sorgeberechtigte/r / Betreuer/in / Bevollmächtigte/r  
(nicht Zutreffendes bitte durchstreichen)

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift des Probennehmers