

Einwilligung zur Blutentnahme und Impfungen bei Minderjährigen

Zur Vorlage bei der Betriebsärztin / beim Betriebsarzt

Name der / des Minderjährigen:

Name, Anschrift der / des Erziehungsberechtigten:

Als Erziehungsberechtigte/-er erkläre ich mich mit der Durchführung einer Blutentnahme und/oder einer Schutzimpfung bei meiner Tochter/meinem Sohn einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte(er)