

Ärztliche Bestätigung des wirksamen Einwilligungsstatus

Patientenaufkleber

oder

Angabe zu der minderjährigen Person

Name, Vorname _____

Geb.-Datum _____

Hiermit bestätige ich, dass der Einwilligungsstatus der minderjährigen Person unter Berücksichtigung der Sorgerechtskonstellation, der geistigen Reife sowie der inhaltlichen Positionen der Sorgeberechtigten und der minderjährigen Person zu den einzelnen Broad Consent-Modulen wirksam festgestellt wurde und den in der unterzeichneten Einwilligungserklärung für Eltern/Sorgeberechtigte v.1.7.2 vom

(Datum der Einwilligungserklärung)

festgehaltenen Auswahlen entspricht.

Ort und Datum

Vor- und Nachname Arzt/Ärztin

Unterschrift Arzt/Ärztin