

Einwilligung zur Blutabnahme

aus der Fingerbeere für die Dunkelfeld-Vitalblutuntersuchung
bzw. Testung mit der Bio-Resonanz-Methode

Patient/in _____

Einwilligung

Hiermit willige ich in die Abnahme von 5 bis 10 Tropfen Kapillarblut aus der Fingerbeere ein.

Ich wurde umfassend über die Therapiemethode, die Durchführung, Dauer, Kosten und eventuelle Nebenwirkungen wie Rötungen, allergische Reaktionen auf das Desinfektionsmittel, Juckreiz von Hp. Kirsten Maria Häffner aufgeklärt.

Zusätzliche Vereinbarungen

Mannheim, Datum

Unterschrift Patient/Patientin/
Erziehungsberechtigte(r)