

## Anmeldung und Einverständniserklärung zur Blutabnahme von aktuellen Schüler/Innen

Datum: \_\_\_\_\_

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich  männlich

Adresse \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Mein Kind besucht folgende Schule: Käthe-Kollwitz-Gymnasium

Wilhelm-Busch Hauptschule

Aktuelle Klasse \_\_\_\_\_

---

Ich erkläre mich **einverstanden**, dass

1. meinem Kind Blut abgenommen wird
2. die Blutprobe meines Kindes ins Labor von Prof. Dr. Kraus nach Aachen geschickt wird und dort auf PCB untersucht wird und
3. dieser Fragebogen mitgeschickt wird.

Datum / Unterschrift Erziehungsberechtigte/r:

---

Hinweis: Ohne schriftliche Einverständniserklärung wird ihrem Kind **kein** Blut abgenommen.