

Name: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

*Ich bin mir des Umstandes bewusst, dass ich mich freiwillig dieser Erstuntersuchung im Sinne von § 62 AsylG unterziehe. Ich bin mit der Durchführung dieser Untersuchung einverstanden.*

] Beeskow, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient, bei Kindern Erziehungsberechtigter