

Прізвище:

Ім'я:

Адреса:

Дата народження:

Я усвідомлюю той факт, що я добровільно проходжу це первинне обстеження відповідно до § 62 Закону про притулок AsylG.  
Я даю згоду на проведення цього обстеження.

Beeskow,

дата

Підпис пацієнта