



## **Einverständniserklärung / Einwilligung zur freiwilligen Erstuntersuchung nach §62 Asylgesetz**

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Geschlecht:

Fallnummer:

Anschrift:

Etikett
---------

Ich bin mir des Umstandes bewusst, das ich mich freiwillig der Erstuntersuchung im Sinne des §62 Asylgesetz unterziehe. Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

Ihre Einwilligung (gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a DSGVO) ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen werden. Diese Widerrufserklärung ist an uns zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen und hat keine Rückwirkung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter