



Condat Klinikum

Alt-Moabit 91c, 10559 Berlin

Telefon: +49 30 223 0 | E-Mail: info@condat-klinikum.de

Stand: 27.02.2026

Einwilligung in die Kapillarmikroskopie

Einwilligungserklärung

Ich wurde über Zweck und Ablauf der Kapillarmikroskopie informiert.

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen, und erkläre mich mit der Durchführung einverstanden.

Datenschutz

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten gemäß DSGVO verarbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung

Name der Ärztin/des Arztes

Unterschrift Ärztin/Arzt