

Einverständniserklärung zur Durchführung eines Vitamin-D-Schnelltests (POCT, VHC-Reader)

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Durchführung eines Vitamin-D-Schnelltests (Kapillarbluttest) im Fitnessstudio/in der Physiotherapiepraxis einverstanden bin.

Hinweise zum Test:

- ♦ Der Test dient der Bestimmung meines aktuellen Vitamin-D-Spiegels im Kapillarblut.
- ♦ Die Blutentnahme (Fingerstich) erfolgt durch mich selbst.
- ♦ Die Auswertung erfolgt mit dem VHC-Reader durch eingewiesenes Personal.
- ♦ Das Ergebnis stellt einen Screening-Wert dar und ersetzt keine ärztliche Untersuchung oder Diagnose.
- ♦ Bei auffälligen oder unklaren Werten wird empfohlen, einen Arzt zur weiteren Abklärung aufzusuchen.
- ♦ Es werden keine Diagnosen oder Therapievorschlüsse durch das Fitnessstudio/die Physiotherapiepraxis ausgesprochen.

Mögliche Risiken:

Beim Fingerstich kann es zu einem kurzen Schmerz, einem kleinen Blutstropfen oder in seltenen Fällen zu leichten Hautreizungen oder einem kleinen Bluterguss kommen.

Die Durchführung erfolgt unter Beachtung der hygienischen Vorgaben.

Einverständniserklärung:

Ich bestätige, dass ich die Hinweise zum Test gelesen und verstanden habe und freiwillig in die Durchführung einwillige. Ich wurde darüber informiert, dass der Test keine ärztliche Diagnose ersetzt.

Name des Mitglieds/Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____