

**Dr. med. Tobias Wiesner**  
FA für Innere Medizin,  
Endokrinologe, Diabetologe, Hausarzt

**Dr. med. Kerstin Pirlich**  
FA für Innere Medizin,  
Diabetologin, Hausärztin

**Dr. med. Antje Spens**  
FA für Innere Medizin,  
Endokrinologin, Diabetologin

Prager Straße 34 | 04317 Leipzig

Tel.: +49 341 271-8880  
Fax: +49 341 271-88819

[kontakt@stoffwechselmedizin-leipzig.de](mailto:kontakt@stoffwechselmedizin-leipzig.de)  
[www.stoffwechselmedizin-leipzig.de](http://www.stoffwechselmedizin-leipzig.de)

**Patient / Patientin:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung zur Behandlung minderjähriger Patienten**

Hiermit erkläre ich mich / wir uns einverstanden, dass eine weiterführende Diagnostik zur Behandlung des o. a. minderjährigen Patienten erfolgen darf (z. B. Blutentnahme).

\_\_\_\_\_  
Name Erziehungsberechtigte(r) (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)