

NHC HIV-UNTERSUCHUNG

Vorname(n)	Nachname(n)	Geburtsdatum (TT-MM-JJ)		
E-mail		NHC Policenr. (wenn vorhanden)		

Die Untersuchung ist freiwillig und der Antragsteller hat die Attestkosten direkt an den Arzt zu erstellen.

An den untersuchenden Arzt

Anlässlich eines Antrags der obigen Person auf Abschluss einer Nordic Health Care will sich der Antragsteller einem HIV-Antikörpertest unterziehen.

Legitimationsprüfung (Bitte ankreuzen)

ID-Karte

Reisepass

Sonstiges

Untersuchung auf HIV-Antikörper (HIV-1 und HIV-2)

Blutprobe entnommen am _____ Testergebnis datiert vom _____

Blutprobe entnommen am _____ Testergebnis datiert vom _____

Befund vom HIV-1 Test HIV- Antikörper nicht nachgewiesen HIV-Antikörper nachgewiesen

Befund vom HIV-2 Test HIV- Antikörper nicht nachgewiesen HIV-Antikörper nachgewiesen

Untersuchungsart _____

Datum

Ort

Unterschrift und Stempel des Arztes

