

Einverständniserklärung

Name des Untersuchenden

Ort und Datum der Untersuchung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass ich auf magnetische Phänomene nach einer Covid-Injektion untersucht werde. Hierbei werden nichtinvasive (nicht eindringende) Untersuchungen an der Hautoberfläche sowie Messungen mit dem Beschleunigungssensor des Mobiltelefons vorgenommen.

Ziel ist der Ausschluss oder die Bestätigung magnetischer Phänomene nach Covid-Injektionen.

Ort und Datum

Name des Patienten