

| | | | |
|---------------|---------|---------|--|
| | | | |
| Nachname | | Vorname | |
| | | | |
| Geburtsdatum | Adresse | | |
| | | | |
| Telefonnummer | E-Mail | | |

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Symptome?

z.B: Husten, Halsschmerzen, Fieber, Atembeschwerden

sonstige Symptome: _____

Ich habe/hatte Symptome und bin gesetzlich versichert.

Ich habe/hatte Symptome und bin privatversichert.

→ Bitte zusätzlich die Einwilligungserklärung Privatabrechnung ausfüllen

Ich habe/hatte keine Symptome und möchte den Test selbst bezahlen (128,23 EUR).

→ Bitte zusätzlich die Einwilligungserklärung Privatabrechnung ausfüllen

Ich habe/hatte keine Symptome, habe meinen Wohnsitz in Bayern und möchte das bayerische Testangebot für Menschen ohne Symptome nutzen.

Ich habe eine Warnung über die Corona-Warn-App erhalten.

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Herzerkrankungen nein ja

Schlaganfall nein ja

Zuckerkrankheit, Diabetes nein ja

Lebererkrankungen nein ja

Chronische Infektionskrankheiten nein ja

Rheumatische Erkrankungen nein ja

Beobachten Sie häufig Nasenbluten, blaue Flecken oder Zahnfleischbluten? nein ja

Haben Sie ungewöhnlich lange oder verstärkte Blutungen beobachtet

... bei kleinen Verletzungen oder nach Zahnbehandlungen? nein ja

... nach einer Operation? nein ja

Litt oder leidet jemand aus Ihrer Verwandtschaft an einer Blutungsneigung? nein ja

Hatten Sie schon mal eine Thrombose oder Lungenembolie? nein ja

Litt oder leidet jemand aus Ihrer Verwandtschaft an Thrombose oder Lungenembolie? nein ja

Für Frauen und Mädchen:

Ist Ihre Monatsblutung verstärkt oder verlängert (>6 Tage)? nein ja

Ist bei einer Geburt eine verstärkte Blutung aufgetreten? nein ja

Haben Sie Fehlgeburten erlitten? nein ja

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von personenbezogenen Daten

Ich bin damit einverstanden, dass die für meine Untersuchung erforderlichen personenbezogenen Daten, insbesondere meine Gesundheitsdaten, von der Praxis erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert werden dürfen. Meine Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der konkreten Untersuchung sowie für deren Dokumentation verwendet und gespeichert werden. Im Falle eines positiven Testergebnisses sind das Labor und ggf. der Arzt zur namentlichen Meldung an das zuständige Gesundheitsamt verpflichtet.

Ich bin damit einverstanden, dass das Ergebnis unverschlüsselt per E-Mail übertragen wird.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. In diesem Fall könnten in Zukunft möglicherweise erforderliche Untersuchungen nicht mehr durchgeführt werden. Ich hatte Gelegenheit die ausführliche Patienteninformation zum Datenschutz zu lesen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Testperson)

Ergebnismitteilung:

Das Ergebnis des PCR-Tests und des Antikörpertesttests liegt in der Regel am selben oder am nächsten Arbeitstag (Montag bis Freitag) vor. Sie werden im positiven Fall sofort telefonisch informiert und von unseren Ärzten ausführlich über weitere Schritte beraten. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass es in Einzelfällen (zum Beispiel wenn ein Test wiederholt werden muss oder wenn eine weitergehende Testung erforderlich ist) auch bis zu 3 Arbeitstage dauern kann, bis das Ergebnis vorliegt.

Der Befund liegt unter www.corona-teststelle.de zum Download bereit. Klicken Sie hierfür auf „Befund herunterladen“ und geben Sie die Zugangsdaten ein, die Sie in der Teststelle bei Ihrem Termin erhalten.