

Einverständniserklärung SARS-CoV-2 PCR

Patientenname:
(Name, Vorname)

Anschrift:
(Straße, Nr.)

Geschlecht: M W

(PLZ, Ort)

Geburtsdatum:

Abnahme:
(Datum / Uhrzeit)

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer:

Ausweis-Nummer:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung der o.g. Laboruntersuchung durch das IMD Labor Frankfurt GmbH.

Bemerkung:

Datenschutz:

Die Telefonnummer wird gemäß Infektionsschutzgesetz an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt.

Das Einverständnis des Getesteten zur Übermittlung des Testergebnisses für Zwecke der Corona-Warn-App auf den vom RKI betriebenen Server wird erteilt. Dem Getesteten sind Hinweise zum Datenschutz ausgehändigt worden.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten