

PCR-Direktnachweis von SARS-CoV-2



Auftragsschein als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) und Einwilligung zur Befundübermittlung

Vorname _____ Name _____

Geburtsdatum _____

Personalausweis-Nr. _____

Adresse

_____	Straße	_____	Nr.
_____	Postleitzahl	_____	Ort
_____	Telefon	<input type="checkbox"/>	Geschlecht (M/W/D)
_____	Datum (Probenahme)	_____	Uhrzeit (Probenahme)

Die Befundübermittlung wünsche ich per

- Post an die o. g. Adresse Fax an _____
- Abholung im Labor Mail an _____
- Ich benötige den Befund auf englisch

Die Untersuchung wird als Wunschleistung nach dem 1,0-fachen Satz als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) nach der Gebührenordnung für Ärzte in Rechnung gestellt und kostet **72,45 €**.

Mit der Speicherung, fristgerechten Aufbewahrung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten (§ 3, Abs. 9, BDSG) im Rahmen dieses Auftrages bin ich einverstanden.

Ich werde hiermit auch gleichzeitig darüber in Kenntnis gesetzt, dass durch die Partnerschaftspraxis für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie bei der Befundübermittlung per Fax **nicht** gewährleistet werden kann, dass es sich beim Empfänger um die berechtigte Person handelt. Weiterhin nehme ich zur Kenntnis, dass die Befundübermittlung per E-Mail **nicht** verschlüsselt erfolgt. Durch das Ausfüllen und die Unterschrift dieser Einwilligung verliere ich alle Rechtsansprüche gegen die Partnerschaftspraxis für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie, falls meine personenbezogenen medizinischen Daten durch Dritte gelesen, verändert, gelöscht oder für Werbezwecke usw. in jeglicher Hinsicht missbraucht werden.

Ort, Datum, Unterschrift Auftraggeber/Bevollmächtigter/Betreuer/Erziehungsberechtigter