

Einwilligung zum Datenschutz

Hiermit erkläre ich mich der nachstehend aufgeführten Erklärungen ausdrücklich damit einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten, Laborergebnisse und Befunde bei behandelnden Ärzten der Schnelltest-berlin Praxis Zweck der Dokumentation, Behandlung und zur Rechnungslegung angefordert werden können.
- mir die Praxis per E-Mail unverschlüsselt Informationen, einschließlich Patienten- und Gesundheitsdaten, auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin übermitteln darf.
- ich damit einverstanden bin, dass diese Dokumente in meiner Patientenakte gespeichert werden.
- ich damit einverstanden bin, dass ich eine Vorabinformation zum Testergebnis per Telefon erhalten kann.
- positive Testergebnisse unverzüglich dem zuständigen Gesundheitsamt gemeldet werden.

Mir ist bekannt, dass die vorstehende Einwilligung derzeit vollständig oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden können und die folgenden im Rahmen dieses Test erhobenen Daten (Alter, Geschlecht und Testergebnis) anonymisiert zu statistischen Erhebungen, insbesondere der sog. „Durchseuchung“ der Bevölkerung genutzt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

(bei minderjährigen Patienten Unterschrift des oder der Sorgeberechtigten; bei nicht einsichtsfähigen Personen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)