

Covid-19 Test
Hausarztpraxis Obereisesheim
Hauptstr. 27, 74172 Neckarsulm

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Krankenkasse	_____
Straße, Hausnummer	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon	_____	Mobil	_____

Grund Ihres Besuchs ?

Symptome? Wenn ja, welche?	PCR Test	<input type="checkbox"/>	

direkten Kontakt zu einer Corona positiv getesteten Person	PCR Test	<input type="checkbox"/>	
Lehrer/innen, Erzieher/innen, Grenzpendler mit Berechtigungsschein			Schnelltest <input type="checkbox"/>
Kostenloser Schnelltest (Antigen) (Teststrategie Bund)			Schnelltest <input type="checkbox"/>
Gegen die <u>Grippe</u> geimpft? Aufklärung gewünscht	<input type="checkbox"/>		

Private Leistungen:

Reiserückkehrer <small>(Die Testung ist eine privatärztliche Leistung und wird von der gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen.)</small>	PCR Test	<input type="checkbox"/>
Anstehende Urlaubsreise/ Dienstreise <small>(Die Testung ist eine privatärztliche Leistung und wird von der gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen.)</small>	PCR Test	<input type="checkbox"/>
Corona Antikörper Schnelltest <small>(Dies ist eine privatärztliche Leistung und wird von der gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen.)</small>	<input type="checkbox"/>	

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Einwilligung nach Artikel 7 DSGVO, §51 DSAnpUG (BDSG neu) und §73 I b SGB V durch den Hausarzt

Hiermit willige ich ein in die - in der Praxisinformation zur DSGVO erläuterte - Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten sowie meiner Gesundheitsdaten zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung (nach § 630a Abs. 1 BGB) und erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer sowie das Gesundheitsamt übermittelt
- meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten genutzt werden

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreter