vom Praxisteam auszufüllen

EINWILLIGUNG ZUR DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich,

VOR- UND NACHNAME: _____

ADRESSE, STRASSE, PLZ: _____

E-MAIL: _____

MOBILNUMMER: _____ **GEBURTSDATUM:** _____

VERSICHERUNG: _____ **MITGLIEDSNR.:** _____

GESETZLICH ☐ PRIVAT ☐ **GESCHLECHT:** W ☐ M ☐ D ☐

mich durch mein jeweiliges Ankreuzen der nachstehend aufgeführten Erklärungen ausdrücklich damit einverstanden, dass

○ **betreffende Behandlungsdaten, Laborergebnisse und Befunde bei behandelnden Ärzten des MVZ Kreuzberg, zum Zweck der Dokumentation, Behandlung und zur Rechnungslegung angefordert werden können.**

○ **mir das MVZ Kreuzberg per Brief, SMS oder auch per E-Mail unverschlüsselt Informationen, einschließlich Patienten- und Gesundheitsdaten auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin übermitteln darf.**

○ **dieses Dokument in meiner Patientenakte gespeichert wird.**

○ **mich Mitarbeiter des MVZ Kreuzberg telefonisch kontaktieren dürfen.**

Mir ist bekannt, dass die vorstehenden Einwilligungen jederzeit vollständig oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden können und die folgenden, im Rahmen dieses Test erhobenen Daten (Alter, Geschlecht, Testergebnis) **anonymisiert** zu statistischen Erhebungen, insbesondere der sogenannten „**Durchseuchung**“ der Bevölkerung, genutzt werden könnten.

.....

ORT, DATUM UNTERSCHRIFT PATIENT*IN (ggf. gesetzlicher Vertreter bei minderjährigen Patienten zusätzlich: des oder der Sorgeberechtigten)

vom Praxisteam auszufüllen

BEHANDLUNGSVERTRAG | COVID-19 Test

Der/die Patient*in wünscht die Durchführung eines COVID-19 Tests.

Mir ist bekannt, dass die genannten Leistungen nur unter bestimmten Umständen von den gesetzlichen Krankenkassen oder dem Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) übernommen werden und daher die anfallenden Kosten unter Umständen selbst zu tragen sind. Ich wurde umfassend über den Nutzen und die Risiken der individuellen Gesundheitsleistungen aufgeklärt.

KOSTENÜBERNAHME PCR-Test*

*Privatversicherte erhalten im Anschluss eine Aufstellung der erbrachten Leistungen nach GOÄ.

Für folgende Personengruppen werden die Kosten übernommen.

Bitte den Grund für den COVID-19 Test ankreuzen! Mehrfachauswahl möglich.

☐ **Ich habe Symptome:**

- ☐ Halsschmerzen, Husten, Kratzen im Hals
- ☐ Geschmacks- und oder Geruchsverlust
- ☐ Kopf- und Gliederschmerzen
- ☐ Gefühl von Erschöpfung
- ☐ Übelkeit / Erbrechen
- ☐ Fieber
- ☐ Sonstiges …….

☐ **Kontakt zu einer positiv getesteten Person**

Vor- und Nachname ……. Datum…….

☐ **GKV Versicherter mit Warnung „erhöhtes Risiko“ durch Corona-Warn-App**

☐ **Veranlassung durch den Öffentlichen Dienst (ÖGD)**

☐ **Praxispersonal und Heilberufe (Nachweis)**

Beruf ……..

vom Praxisteam auszufüllen

KEINE KOSTENÜBERNAHME (SELBSTZAHLER)

gesetzlich Versicherte (IGEL): 127,06 €** | Privatversicherte (Selbstzahler): 231,98 €**

- ☐ **Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich die Durchführung eines COVID-19 PCR-Tests auf eigene Kosten wünsche.**
- ☐ **Reise ins Ausland / Bescheinigung Fluggesellschaft**
- ☐ **Reiserückkehrer (ab 01.12.2020)**
- ☐ **Bescheinigung für den Arbeitgeber**

CORONA SCHNELLTEST (SELBSTZAHLER)

Die Kosten belaufen sich auf: 55,33 €**

- ☐ **CORONA Schnelltest (Covid-19 Ag Rapid Test) ***

**Es handelt sich um eine private Wunschleistung, keine Kostenübernahme durch Ihre Krankenkasse.
***Ich bin damit einverstanden, dass mir der Endbefund per E-Mail zugestellt wird. Die Testdurchführung für den Covid-19 Rapid Test ist eine Wunschleistung und wird Ihnen direkt in Rechnung gestellt. Die Kosten belaufen sich auf 55,33 €. Diese können Sie direkt vor Ort in Bar, mit EC- oder Kreditkarte bezahlen. Die Rechnung, sowie die Bescheinigung über das Ergebnis erhalten Sie schnellstmöglich per E-Mail. Die von uns verwendeten COVID-19 Antigen-Schnelltests stehen auf der Liste des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Die Abrechnung für die Durchführung des Tests erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), in der jeweils gültigen Fassung.

Dieser Test ist nur eine Momentaufnahme für den Testzeitpunkt. Mir ist bekannt, dass ein negatives Ergebnis eine frische Infektion nicht zwingend ausschließt.

Ich bin weiterhin darüber informiert, dass – **sobald dieser Test positiv ausfällt** – das positive Testergebnis unverzüglich dem zuständigen Gesundheitsamt gemeldet werden muss.

Meine Bescheinigung möchte ich in ☐deu ☐eng

.....

ORT, DATUM UNTERSCHRIFT PATIENT*IN (ggf. gesetzlicher Vertreter bei minderjährigen Patienten zusätzlich: des oder der Sorgeberechtigten)