

## Einwilligung zum Datenschutz

**Berlin Corona Testzentrum**

Dr. med. Gerrit Fleige

Württembergallee 1

14052 Berlin

**+49 15110362370**

**kontakt@berlin-corona-test.de**

**www.berlin-corona-test.de**

Hiermit erkläre ich (**bitte leserlich in Blockbuchstaben**),

Vor- und Nachname

---

Anschrift (mit PLZ)

---

E-Mail

---

Telefon

---

Geburtsdatum

---

Ausweisnummer (bei Bedarf)

---

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

- mich betreffende Behandlungsdaten, Laborergebnisse und Befunde bei behandelnden Ärzten des Berlin Corona Testzentrum, zum 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.

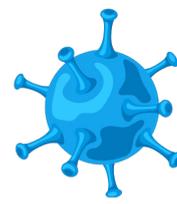
---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift Patient**

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



## Vereinbarung über Privatleistungen

---

 (Vor- und Nachname)

(Anschrift)

Auf meinen ausdrücklichen Wunsch beauftrage ich die privatärztliche Durchführung eines *SARS-CoV-2 Antigen Test* durch das Berlin Corona Testzentrum.

Ich bin insbesondere darüber aufgeklärt, dass die Leistungen über das Maß einer allgemeinen Versorgung hinausgehen und ich somit verpflichtet bin, die im Folgenden genannten ärztlichen Leistungen privat, d.h. eigenständig, nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen und somit die Erstattung der Kosten durch Erstattungsstellen nicht oder nicht im vollen Umfang gewährleistet sein kann.

Mir ist bekannt, dass das Testverfahren antigenbasiert ist und dem schnellen und direkten Nachweis einer akuten Infektion mit SARS-CoV-2 dient. Verwendet werden ausschließlich Tests, die vom Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistet sind und die vom Paul-Ehrlich-Institut (PEI) in Abstimmung mit dem Robert-Koch Institut (RKI) festgelegten Mindestkriterien für Antigen-Tests erfüllen.

**Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ein negatives Testergebnis eine frische Infektion nicht vollständig ausschließt und dieser Test nur eine Momentaufnahme für den Testzeitpunkt darstellt.**

Des Weiteren bin ich darüber informiert, dass positive Testergebnisse unverzüglich dem Gesundheitsamt gemeldet werden müssen.

Die hiermit vereinbarten ärztlichen Leistungen werden mit folgenden Beträgen, gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), vergütet:

<b>Untersuchung analog der GOÄ-Ziffern</b>	<b>GOÄ Ziffer</b>	<b>Preis</b>
Entnahme von Abstrichmaterial	298	5,36€
Hygiene analog	245a	6,41€
Untersuchung Covid-19 Antigentest	4648	16,76€
Krankheits- und Befundbericht	75	17,43€
<b>Gesamtsumme</b>		<b>45,96€</b>

---

**Datum und Unterschrift Patient**

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

---

**Unterschrift Arzt**