



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

E-Mail

Telefon

Geburtsdatum

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 Antikörper Test* durch das Berlin Corona Testzentrum.

Ich bin 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 mit dem verwendeten COVID-19 IgG/IgM Rapid Test (Antikörper-Schnelltest) antikörperbasiert erfolgt und dementsprechend nicht nach den Erregern selbst, sondern nach Antikörpern untersucht wird.

Antikörpertests erfassen nicht das Virus selbst, sondern die Reaktion des Immunsystems auf den Erreger. Dieses beginnt zu arbeiten, wenn das Virus in den Körper eindringt und bildet nach ein paar Tagen Antikörper. Aufgrund dieser Verzögerung ist der Test auch nicht dazu geeignet, um eine akute Infektion nachzuweisen und bietet keine Alternative zum PCR-Test oder Antigen-Schnelltest. Ein Covid-19-Antikörper-Schnelltest kann nur eine abgelaufene Infektion mit dem Virus nachweisen. Antikörpertests sagen nichts darüber aus, ob die Betroffenen noch infektiös sind, wie lange die Infektion zurückliegt oder ob ein ausreichender Immunschutz gegen eine erneute Infektion vorliegt.

Auch ist mir bekannt, dass ein negatives Ergebnis eine frische Infektion nicht zwingend ausschließt, weil das Immunsystem die mit dem COVID-19 IgG/IgM Rapid Test getesteten Antikörper beim Coronavirus frühestens eine Woche nach der Infektion (teilweise um Wochen verzögert) bildet.

Dieser Test ist folglich nur eine Momentaufnahme für den Testzeitpunkt.

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

Untersuchung analog der GOÄ-Ziffern	GOÄ Ziffer	Preis
Kapillarblutentnahme	250	3,26 €
Beratung	1	10,72 €
Hygiene analog	245a	6,41 €
Untersuchung Covid-19 analog	4389	20,99 €
Krankheits- und Befundbericht	75	17,43 €
Gesamtsumme		58,81 €

Datum und Unterschrift Patient

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

Unterschrift Arzt