



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

E-Mail

Telefon

Adresse (mit PLZ)

Geburtsdatum

Ausweisnummer (bei Bedarf)

Geschlecht

 weiblich männlich divers

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

- meine persönlichen Daten, Laborergebnisse und Befunde zum Zweck der Dokumentation, Behandlung, Befundung und zur Rechnungslegung von Mitarbeitern des Berlin Corona Testzentrum bearbeitet werden können.
- meine Daten – so weit dies zu Dokumentations- und Abrechnungszwecken im Rahmen der staatlichen Erstattung erforderlich ist – an die dazu beauftragten (behördlichen) Einrichtungen weitergegeben werden dürfen.
- mir die Praxis per E-Mail oder SMS/Messenger Systeme 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 jederzeit vollständig oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden kann und die folgenden im Rahmen dieses Tests erhobenen Daten (Alter, Geschlecht und Testergebnis) anonymisiert zu statistischen Erhebungen, insbesondere der sog. „Durchseuchung“ der Bevölkerung genutzt werden können.



Ich bin darüber aufgeklärt, dass die Leistungen im Rahmen der Coronavirus-Testverordnung – TestV des Bundesministeriums für Gesundheit bzw. der Teststrategie *Test-To-Go* der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung kostenfrei durchgeführt wird.

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.

Ich erkläre, dass das Berlin Corona Testzentrum für die hiermit vereinbarten ärztlichen Leistungen keinerlei Vergütung von mir erhalten hat.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*

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