

Einwilligung zum Datenschutz

Hiermit erkläre ich (bitte leserlich in Blockbuchstaben),

Heinheimer Straße 80
64289 Darmstadt
Telefon 06151/75933
mail@apotheke-riegerplatz.de

Vor-und Nachname _____

Adresse (mit PLZ) _____

E-Mail/ Telefon _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht weiblich männlich divers

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

mich betreffende Behandlungsdaten, Laborergebnisse und Befunde des mit dem Testzentrum Apotheke am Riegerplatz kooperierenden Labors Wehrenpfennig, 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 ich (Vorab-)Informationen 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 widerrufen werden kann und die folgenden im Rahmen des PCR-Test erhobenen Daten (Alter, Geschlecht und Testergebnis) anonymisiert zu statistischen Erhebungen, insbesondere der sog. „Durchseuchung“ der Bevölkerung genutzt werden können. Mir ist die Datenschutzerklärung des Testzentrums bekannt.

Ort, Datum

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