

In den Ministergärten 1

10117 Berlin

Telefon: +49 (0)30 212 34 36 -350

Telefax: +49 (0)30 212 34 36 -311

Laborarzt: Dr. Sebastian Pfeiffer

Internet: [www.medizinisches-labor-berlin.de](http://www.medizinisches-labor-berlin.de)

Email: kontakt@medlab-mitte.de

## Vereinbarung über Verlangensleistungen

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Adresse)

Ich bin Versicherte/r und begehre auf meinen ausdrücklichen Wunsch die Durchführung der nachfolgenden ärztlichen Leistungen.

Ich bin insbesondere darüber aufgeklärt worden, 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.

Die Untersuchung der Probe wird mittels der Referenzmethode vom Robert-Koch-Institut (RT-PCR) durchgeführt.

Mir ist bekannt, dass ein negatives Ergebnis eine frische Infektion nicht zwingend ausschließt.

Dieser Test ist folglich nur eine Momentaufnahme für den Testzeitpunkt.

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

Die hiermit vereinbarten ärztlichen Leistungen werden mit folgenden Beträgen vergütet:

Untersuchung analog der GOÄ – Ziffern	Gebührennummer/GoÄ-Ziffer	Faktor	Preis
Beratungsgespräch, Kurzanamnese/Aufklärung	3	2,3	20,10 €
Hygieneziffer analog GOÄ 245	245A	1,0	6,41 €
Abstrichentnahme Mikrobiologie	298	2,3	5,36 €
CoViD- 19 PCR	4783,4785,4782, 4780	1,15	147,48 €
<b>Gesamtsumme</b>			<b>179,35 €</b>

Ich bin einverstanden mit einer Vorabinformation zum Test -Ergebnis, der Endbefund geht immer schriftlich an mich.

ja  nein

Datum/Unterschrift Patient \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_

**Einwilligungen zum Datenschutz im MVZ Ärztehaus Mitte In den Ministergärten 1,10117 Berlin  
(Corona Teststation)**

Durch diese Einwilligung, berechtigen Sie das MVZ Ärztehaus Mitte Ihre Daten in unten aufgeführter Form zu verarbeiten. Wenn Sie sich hiermit einverstanden erklären möchten, bitten wir Sie, die nachfolgend aufgeführten Erklärungen in dem von Ihnen gewünschten Umfang abzugeben.

Hiermit erkläre ich,

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail/Tel: \_\_\_\_\_

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

- mich betreffende Behandlungsdaten, Laborergebnisse und Befunde bei behandelnden Ärzten des MVZ Ärztehaus Mitte, zum Zweck der Dokumentation, Behandlung und zur Rechnungslegung angefordert werden können. In die Datenweitergabe an weiterführende Ärzte/Fachärzte muss anhand einer separaten Schweigepflichtentbindung eingewilligt werden.
- mir die Praxis auch per E-Mail unverschlüsselt Informationen, einschließlich Patienten- und Gesundheitsdaten und im Bereich des Terminmanagement, auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin übermitteln darf.
- Ich bin damit einverstanden, dass dieses Dokument in meiner Patientenakte gespeichert wird.
- Ich bin damit einverstanden, dass ich eine Befundauskunft per Telefon erhalte.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

(bei nicht einsichtsfähigen Patienten: gesetzlicher Vertreter)

(bei minderjährigen Patienten zusätzlich:

des oder der Sorgeberechtigten)