

## Vereinbarung und Einwilligung zur SARS-CoV-2 Testung



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](mailto:kontakt@medlab-mitte.de)

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

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

E-Mail:

Phone:

Ich bin Versicherte/r und begehre auf meinen ausdrücklichen Wunsch die Durchführung der nachfolgenden Medizinischen 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 des Abstrichs wird mittels der Referenzmethode vom Robert-Koch-Institut (RT-PCR) durchgeführt. Der Antikörper Schnelltest erfolgt durch eine venöse Blutentnahme.

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.**

X	Auswahl	Kosten	Unterschrift
<input type="checkbox"/>	PCR Testung 24h	49,90 €	
<input type="checkbox"/>	Antikörpertestung	20,00 €	
<input type="checkbox"/>	Antigen Schnelltest	15,00 €	

Sie erhalten die Bestätigung der Zahlung per Mail / SMS. Eine ausführliche Rechnung folgt per Post.

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

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

**Medlab Mitte** Teil des MVZ Ärztehaus Mitte MikroMy med. Versorgung Gesellschaft für mikrobiologische und mykologische Diagnostik mbH

Sitz: Berlin | HRB 128246 B | Amtsgericht Charlottenburg |

Geschäftsführerin: Iris Werner Bankverbindung HypoVereinsbank IBAN:

IBAN: DE39100208900271736161 BIC: HYVEDEMM488

**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)