

## 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.aerztehaus-mitte.de](http://www.aerztehaus-mitte.de)

Email: [info@aerztehaus-mitte.de](mailto:info@aerztehaus-mitte.de)

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

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

E-Mail:

Tel.nr.:

---

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	74,37 €	
<input type="checkbox"/>	Antikörpertestung	35,02 €	

Ich bin mit der oben genannten Leistung einverstanden und erhalte hierzu eine gesonderte Rechnung.

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: DE39100208900027173616 | BIC: HYVEDEMM488

## Einwilligung zum Datenschutz

Hiermit willige ich,

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

in die Patienteninformation zur DSGVO erläuterte Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten sowie meiner Gesundheitsdaten zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung ein (nach §630a Abs. 1 BGB) und erkläre mich einverstanden, dass

- das MVZ Ärztehaus Mitte mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern (das sind z.B. Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Apotheken, Pflegedienste, Physiotherapeuten, kooperierende Labore u.a.) zum Zwecke der Information, der weiteren Behandlung und Dokumentation anfordert.
- das MVZ Ärztehaus Mitte mich betreffende Behandlungsdaten, Probenentnahmen und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer, auch **in unverschlüsselten E-Mails (§87a) übermittelt.**
- meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen im MVZ tätigen Ärzten genutzt werden und das MVZ -im Einklang mit den gesetzlichen Aufbewahrungsbestimmungen - Dokumente meiner Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen (wie z.B. dieses Formular) ausschließlich in digitaler Form aufbewahrt und mir die entsprechenden Originale aushändigt.
- im Fall eines Arztwechsels- mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt, die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordert
- mich mein Arzt an Behandlungstermine erinnern darf.

Ich bin darüber informiert, dass ohne mein Einverständnis eine Behandlung nur eingeschränkt, gegebenenfalls gar nicht erfolgen kann. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann.

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_