

Patienten Daten eindrucken oder einschreiben

**Praxisgemeinschaft für Laboratoriumsmedizin**

Dres. med. S. Sel, H. Späte

Dres. med. E. und F. Wietschel



Tel.: (0361) 22 46 666

Fax: (0361) 22 46 677

Blumenstraße 70, 99092 Erfurt

Barcode-Etikett

## Untersuchungsauftrag auf SARS-CoV-2

### Vereinbarung einer Privatliquidation

Ich wünsche folgende Leistung/en privatärztlich in Anspruch zu nehmen.

- |                          |                       |                   |
|--------------------------|-----------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | SARS-CoV-2 (PCR)      | -Kosten: 128,23 € |
| <input type="checkbox"/> | SARS-CoV-2 Antikörper | -Kosten: 17,49 €  |

Die oben ausgewählte Laborleistungen möchte ich als eine Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) in Anspruch nehmen, d.h. die Kosten werde ich selbst tragen. Meine Krankenkasse ist nicht verpflichtet die Kosten ganz oder teilweise zu übernehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Rechnungslegung an die Ärztliche Verrechnungsstelle bündigen med übermittelt werden dürfen.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

.....  
Datum, Unterschrift

.....  
Patient/-in bzw. Sorgeberechtigte/-r (Druckbuchstaben)

### Patienteneinwilligung für digitale Befundauskunft

Ich wünsche die Übermittlung der o.g. Laboruntersuchung/en per E-Mail. Zwingend hierfür gebe ich meine E-Mail-Adresse an und meine Mobilfunknummer, da ich das Kennwort separat per Short Message Service (SMS) erhalte um meinen Befund im E-Mail-Postfach zu öffnen.

**Ihre E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Ihre Handynummer:** \_\_\_\_\_

Mir ist bewusst, dass der Versand vertraulicher, unverschlüsselter Daten per Mail ein Sicherheitsrisiko darstellt. Hiermit bestätige ich, dass ich dem Befundversand per Mail zustimme und die datenschutzrechtliche Verantwortung für den Versand und das Postfach zur angegebenen E-Mail-Adresse übernehme.

.....  
Datum, Unterschrift

.....  
Patient/-in bzw. Sorgeberechtigte/-r (Druckbuchstaben)

### Erklärung der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes:

Patient/in wurde gemäß Datenschutzgesetz aufgeklärt, gegebenenfalls beraten und ist mit der angeforderten Untersuchung sowie des dafür notwendigen Befundversandes einverstanden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift + Stempel