



Zustimmung zur

SARS CoV-2 PCR Testung

Name: Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Mailadresse:

Art der Testung: Eilbefund (Befund innerhalb 36h ab Abnahme) Standardbefund

Hiermit bestätige ich, dass ich über die Aussagekraft des Tests, den bestehenden Limitierungen sowohl technischer als auch sonstiger Art, sowie über die Kosten des oben genannten Tests ausreichend aufgeklärt wurde und keine weiteren Fragen mehr bestehen.

Ich stimme der Befundübermittlung per verschlüsselter Mail und gleichzeitiger Zusendung des entsprechenden Passwortes per SMS an oben genannte Mailadresse und Telefonnummer zu. Sollte die Zustellung per Mail nicht möglich sein, so stimme ich der Befundübermittlung per SMS zu, wobei der schriftliche Befund bei negativem Ergebnis in der Ordination abgeholt werden kann. Jegliche Haftung für Schäden, welche in Folge einer verspäteten Befundübermittlung auftreten, unabhängig der zu Grunde liegenden Ursache, wird hiermit abgelehnt.

Der Datenweitergabe des Befundes an Behörden, insbesondere bei positivem Ergebnis wird ausdrücklich zugestimmt!

Herzogenburg, am

Unterschrift des Probanden / Erziehungsberechtigten

Vom Abnehmer auszufüllen

Identität überprüft: Führerschein Reisepass Personalausweis

Sonstiges:

Uhrzeit der Abnahme: Unterschrift Abnehmer: