

## Aufnahme und Einwilligung

Vorname, Nachname (BLOCKBUCHSTABEN BITTE)	Geb.Datum
Adresse PLZ	
Versicherungsträger	Email
Versicherungsnummer	Telefonnummer
<p><b>Datenschutz und Befundübermittlung als Mail:</b> Zum Zweck meiner Behandlung können meine persönlichen Gesundheitsdaten an andere Ärzte/Ärztinnen und therapeutische Einrichtungen übertragen und von diesen empfangen werden. Durch Angabe meiner Mailadresse bin ich mit der Zusendung von Daten im PDF-, MS-Word oder JPG-Format als einfaches E-Mail an die oben stehende genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mit ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten, die dem Arztgeheimnis unterliegen, enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind -insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst, und ich übernehme die volle Verantwortung dafür.</p>	
Datum	Unterschrift

## Ich benötige einen ANTIGEN – SCHNELLTEST

(Ergebnis in von 15min, bei positivem Ergebnis wird ein PCR-Test gemacht und behördlich gemeldet)

<input type="radio"/>	<b><u>Ich habe Corona SYMPTOME (Test ist kostenlos)</u></b> (Fieber, Husten, Glieder-/Kopfschmerzen, Geschmacks-/Geruchsverlust)
<input type="radio"/>	<b><u>Ich habe KEINE Corona SYMPTOME (Testkosten 40€)</u></b>

## Ich benötige einen PCR – Test

(nur Standort Medius, Leonhardplatz)

<input type="radio"/>	<u>OHNE</u> ärztliches Attest (120€)	<input type="radio"/>	<u>MIT</u> ärztlichem Attest (135€)
-----------------------	--------------------------------------	-----------------------	-------------------------------------

## Ich benötige eine ärztliche Untersuchung

(nur Standort Medius, Leonhardplatz)

<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> Nein
--------------------------	----------------------------

Ergebnis Antigen-Schnelltest

Neg

Pos

Dateiname: Anmeldebogen Container_V2_Final_PDF	Version: 2	Status: Final
Erstellung: Stefan Korsatko	Freigabe: Ines Muchitsch	Druckdatum: 06.12.2020
		Seite: 1/1