

## Einverständniserklärung SARS-CoV-2 PCR

**Patientenname:**

(Name, Vorname)

**Anschrift:**

(Straße, Nr.)

**Geschlecht:**

M:  W:

(PLZ, Ort)

**Geburtsdatum:**

**Abnahme:**

(Datum / Uhrzeit)

**E-Mail-Adresse:**

**Telefonnummer:**

**Pass-Nummer:**

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung der o.g. Laboruntersuchung durch das IMD Labor Frankfurt GmbH.

**Bemerkung:**

FRIENDZ GmbH, Wiesenstrasse 5, 65843 Sulzbach/Ts.

**Datenschutz:** Die Telefonnummer wird gemäß Infektionsschutzgesetz an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt.



Das Einverständnis des Getesteten zum Übermitteln des Testergebnisses für Zwecke der Corona-Warn-App auf den vom RKI betriebenen Server wurde erteilt. Dem Getesteten wurde Hinweise zum Datenschutz ausgehändigt.

Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

**ERLÄUTERUNG:** Damit Sie Ihren PCR-Test für eine Reise verwenden können oder das Ergebnis in die CWA (CORONA WARN APP) übertragen können, wird vom Labor ein QR-Code erstellt. Dafür benötigen wir Ihr Einverständnis. Bitte füllen Sie dieses Formular wenn möglich an Ihrem Computer aus und bringen Sie es ausgedruckt zum Testtermin mit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!