



Anmeldebogen

für den COVID-19-Abstrich an der Teststation der Stadt Ingolstadt

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	
Staatsangehörigkeit	Geschlecht	
_____	_____	
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort	
_____	_____	
Persönliche Telefonnummer (bestenfalls Handy)	persönliche E-Mail-Adresse	
_____	_____	
Name des Erziehungsberechtigten	Adresse des Erziehungsberechtigten, falls abweichend	
_____	_____	
Erreichbarkeit Erziehungsberechtigter (Telefonnummer und E-Mail-Adresse)		

Anlass der Testung: Neuaufnahme in eine medizinische Einrichtung / Reha / Kuraufenthalt
 ambulante medizinische Behandlungen (z.B. Strahlentherapie)
 Berufsbeginn im medizinischen / sozialen Bereich

Tag des Anlasses für den die Testung benötigt wird: _____

Wichtige Hinweise:

Einverständniserklärung

Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zu erteilen, dass alle erbrachten Leistungen nach der Bayerischen Teststrategie abgerechnet werden.

Wenn Sie uns eine Mobilfunknummer mitteilen, erhalten Sie Ihr Testergebnis per SMS. Ansonsten wird Ihnen das Ergebnis postalisch übermittelt.

Datenschutzerklärung (gilt für alle Patienten)

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an das Gesundheitsamt der Stadt Ingolstadt und die für die Durchführung von Spezialuntersuchungen (Labor) hinzugezogenen Ärzte oder Institutionen.

Hiermit bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Ich habe mich bisher noch nicht mehr als einmal einer Testung aus dem oben angekreuzten Grund unterzogen. Mir ist bewusst, dass mir bei der Abgabe wissentlich unwahrer Angaben die Kosten privat in Rechnung gestellt werden.

Ort und Datum

Unterschrift

Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)

Bitte bringen Sie diesen Anmeldebogen zu Ihrem Termin an der Teststation der Stadt Ingolstadt mit!