



# 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)

- Ich möchte einen Corona-Test auf eigenen Wunsch (Der Test wurde nicht aus medizinischen Gründen oder verpflichtend auf Grund einer geltenden Rechtsvorschrift angeordnet)

## **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!