

Anmeldeformular

PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2
in der Theresia Apotheke

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und bringen Sie es zu Ihrem Termin mit.

Hinweis:

PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 werden von uns ausschließlich bei **asymptomatischen** Personen durchgeführt. Dies bedeutet, dass wir Personen die Symptome aufweisen, die auf eine SARS-CoV-2-Infektion hindeuten, in unserer Apotheke nicht testen! Wenden Sie sich in diesen Fällen bitte an Ihren Hausarzt oder das für Sie zuständige Gesundheitsamt.

Ihre persönlichen Daten

Name, Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Krankenkasse	
Versichertennummer	
e-mail	

Bitte geben Sie hier Ihre aktuelle Mobil- oder Festnetz-, Telefonnummer ein, unter der Sie gewöhnlich erreichbar sind. Im Falle von Nachfragen, oder einem positiven Testergebnis können wir Sie so verlässlich erreichen.

Abrechnungsart wählen

- Selbstzahler, 20€ je Test**
- kostenfreier Test 1x wöchentlich**

Zustimmung zur Datenverarbeitung

Ich stimme der Datenverarbeitung der von mir angegebenen personenbezogenen Daten gemäß der Datenschutzerklärung zu. Die Daten werden im Namen und Auftrag der Theresia Apotheke erfasst und verarbeitet. Die Erfassung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Protokollierung und Dokumentation der Testabwicklung.

- Ich stimme zu

Bestätigung der Symptommfreiheit

Ich versichere, dass ich zum Zeitpunkt der Anmeldung keine grippeähnlichen Symptome wie Husten, Fieber, Atemnot oder sonstige Erkältungssymptome vorweise. Sollten sich diese Symptome vor der Testung einstellen, versichere ich, den vereinbarten Testtermin nicht wahrzunehmen und zu stornieren.

- Ich versichere symptomfrei zu sein
- Ich bestätige, dass ich in den letzten 5 Tagen keinen wissentlichen Kontakt zu einer Covid-19 Person hatte

Datum

Unterschrift