

# Untersuchungsauftrag COVID-19/SARS-CoV-2 mittels PCR

Labor Dr. Böse GmbH

Carl-Zeiss-Str. 6  
DE - 31177 Harsum

☎: +49-(0)5127-90205-0

Fax: +49-(0)5127-90205-55

E-Mail: mail@labor-boese.de



## Einsender

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Probe (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Datum der Entnahme: \_\_\_\_\_

Oropharyngealtupfer (Mund-/ Rachenabstrich)

Nasopharyngealtupfer (Nasen-/Rachenabstrich)

Bitte beachten Sie die gesonderten Hinweise zu  
Probenmaterial und -versand.

## Patient

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Landkreis: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Rechnungsempfänger

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Rechnungsversand per E-Mail. Zahlungen ausschließlich  
über unser Online-Portal unter [www.labor-boese.de](http://www.labor-boese.de)

## Befundempfänger (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Einsender

Patient

Rechnungsempfänger

Sonstige (z.B. behandelnder Arzt):

Untersuchungsberichte werden ausschließlich per E-Mail  
und, sofern eine Kundennummer vorliegt (z.B.  
Rechnungsempfänger), auch über unser Online-Portal unter  
[www.labor-boese.de](http://www.labor-boese.de) übermittelt.

## Datenschutzbelehrung

Ich willige ein, dass die Labor Dr. Böse GmbH für den Zweck der  
Bearbeitung meines Antrages meine personenbezogenen Daten  
verarbeitet. Darunter fallen Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, etc.  
Ferner willige ich ein, dass die Labor Dr. Böse GmbH zum Zwecke der  
Bearbeitung des Auftrages ggf. personenbezogene Daten an Dritte  
weitergibt, wie bspw. an die auf diesem Formular angegebenen  
Befundempfänger, sowie im Falle einer gesetzlich erforderlichen Meldung,  
an das zuständige Gesundheitsamt. Die Übermittlung der Daten erfolgt nur  
dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist. Jederzeit bin ich  
berechtigt, Auskunft über die gespeicherten Daten zu erhalten, oder die  
Berichtigung, Löschung, Sperrung etc. einzelner oder aller  
personenbezogener Daten zu verlangen. Außerdem besteht jederzeit  
ohne die Angabe von Gründen ein Widerspruchsrecht, mit welchem die  
erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abgeändert  
oder gänzlich widerrufen werden kann. Der Widerruf kann jederzeit  
postalisch, per E-Mail oder Fax an Labor Dr. Böse GmbH, Carl-Zeiss-Str. 6,  
31177 Harsum, mail@labor-boese.de, Fax: 05127-90205-55 übermittelt  
werden. Dadurch entstehen keinerlei Kosten.

## Bestätigung per Unterschrift

Ich habe die Datenschutzbelehrung gelesen und  
verstanden.

## Datum, Unterschrift des Patienten

## Datum, Unterschrift des Rechnungsempfängers

Auftragsannahme gem. AGB, s. [www.labor-boese.de](http://www.labor-boese.de) und  
nur bei Vollständigkeit der Angaben.

**Wird ein positives Untersuchungsergebnis erzielt,  
besteht eine Meldepflicht gegenüber dem  
zuständigen Gesundheitsamt.**