

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

Datum der Entnahme: _____

Oropharyngealtupfer (Mund-/ Rachenabstrich)

Nasopharyngealtupfer (tiefer Nasenabstrich)

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

Patient

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Landkreis: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Einzeltestung

Gruppentestung – nach vorheriger Absprache

Gruppentestung nur bei freiwilliger Selbstkontrolle!

Dieses Verfahren wird NICHT empfohlen bei Verdachtsfällen und nicht bei hoch zeitkritischen Aufträgen!

Rechnungsempfänger

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Rechnungsversand per E-Mail. Zahlungen ausschließlich über unser Online-Portal unter www.labor-boese.de

Befundempfänger

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 übermittelt.

Befundsprache

deutsch

englisch

französisch

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 die Möglichkeit, 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, 05127902050 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. AGBs, s. www.labor-boese.de und nur bei Vollständigkeit der Angaben.

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