



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 bin **Kontaktperson** der **Kategorie I**

Kontaktpersonen der Kategorie eins sind folgende Personengruppen:

- Personen mit einem mindestens 15-minütigen Gesichtskontakt, etwa bei einem Gespräch, sowie Personen des selben Haushalts
- Personen mit direktem Kontakt zu Sekreten oder Körperflüssigkeiten eines bestätigten Falls. Beispiele: Küssen, Mund-zu-Mund Beatmung, Anhusten und Anniesen
- Medizinisches Personal mit Kontakt zum bestätigten Fall im Rahmen von Pflege oder medizinischer Untersuchung ohne verwendete Schutzausrüstung
- Flugzeug-Passagiere, die in derselben Reihe wie der bestätigte Fall oder in den zwei Reihen vor oder hinter diesem gesessen haben, unabhängig von der Flugdauer
- Crew-Mitglieder oder andere Passagiere, sofern eines der anderen Kriterien zutrifft, zum Beispiel ein längeres Gespräch

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!