

Tirol testet.
Laufend und
kostenlos.



FISSMED

Zentrum für Reisemedizin & Gesundheit

Dr. med. univ. Klaudia Stengg

Interne Felder:

Zeit

ID

ANMELDEFORMULAR

Sehr geehrter Patient,

Bitte füllen Sie den vorliegenden Datenaufnahmebogen genau aus. Bitte achten Sie auf eine deutliche Schreibweise.

Fühlen Sie sich krank? ja nein

Haben Sie Husten / Halsschmerzen? ja nein

Haben Sie Fieber? ja nein

Nachname:

Vorname: Geb:

Land: Postleitzahl: HausNr.:

Ort/Stadt:

Straße:

Mobilnummer:

E-Mail-Adresse:

Testergebnis Antigen: per Mail **oder** abholen

Neigung Nasenbluten: ja nein

Blutverdünnung: ja nein

Datenschutzrechtliche Information und Zustimmungserklärung für Patienten

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin!

Ich bitte Sie, die nachfolgende Erklärung aufmerksam durchzulesen und Ihre Einwilligung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Die im Rahmen Ihrer Antigentestung erhobenen Daten werden in unserem System gesammelt und aufgehoben. Als Verantwortlicher iSd Art 4 Z 7 DSGVO weise ich hiermit gemäß Art 13 ff DSGVO sowie auf Grundlage des Ärztegesetzes darauf hin, dass insbesondere folgende personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden:

- **Persönliche Daten:** Name, Anschrift, Telefonnummer, Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, E-Mail
- **Sensible persönliche Daten:** relevante Vorerkrankungen, relevante bestehende Erkrankungen
- **Daten von relevanten Ansprechpersonen:** Name, Anschrift, Telefonnummer, Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, E-Mail

Die Bereitstellung der von Ihnen einzugebenden personenbezogenen Daten ist iSd Art 6 Abs 1 lit c DSGVO zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen erforderlich.

Die Speicherung der Daten erfolgt vorläufig aufgrund gesetzlicher Vorgaben für mindestens 10 Jahre.

Datum:

Unterschrift: