

1. Name Vorname

2. Telefonnummer _____
3. Emailadresse _____
4. Reiserückkehrer JA NEIN Welches Land? _____
5. Empfehlung zur Testung durch WARN - APP erfolgt? JA
6. Corona Kontakt: 1. Grades 2. Grades 3. Grades
Wann war der Kontakt (genaues Datum)?
7. Seit wann haben Sie Symptome (genaues Datum)?
- Welche Symptome:
- ✓ Verlust von Geruchs – und Geschmackssinn JA NEIN
- ✓ Atemnot JA NEIN ✓ Fieber JA NEIN
- ✓ Husten JA NEIN ✓ Schnupfen JA NEIN
8. Bildungseinrichtung • Schule JA NEIN
Dozent/Lehrer/Erzieher • Kita JA NEIN
9. Medizinisches Personal JA NEIN
10. Pflegepersonal/Heim JA NEIN
Wenn JA, gibt es einen radiologischen oder klinischen Nachweis einer Lungenentzündung und gehäuftes Vorkommen in der Einrichtung? JA NEIN
11. Wie viele Testungen bisher?
12. Einverständnis für die Übertragung zur Corona WARN - APP? Ja Nein
13. Privat-Leistungen (füllt der Arzt aus):
Zahlung erfolgt durch: Chef/Betrieb/Firma
Behörde
Krankenkasse
Privat

**Bitte halten Sie einen Mindestabstand von 1,5 m,
und warten Sie auf unsere Ansage.
VIELEN DANK!**

Heutiges Datum

E-Mail: info@praxis-tokdemir.de

Einwilligungserklärung

zur Speicherung von optionalen Daten in CGM TURBOMED

Um der Institution

Sevine Tokdemir, Nurgül Ercan-Kuchmetzki

Barmbeker Str. 40a

22303 Hamburg

mit dem verantwortlichen Datenschutzbeauftragten

Dr. Sevine Tokdemir-Kaube

meine erweiterte, medizinische Betreuung zu ermöglichen, erkläre ich mich mit der Speicherung weiterer Daten, als zu meiner persönlichen Identifikation notwendig, einverstanden.

Im Rahmen des **Recalls** in CGM TURBOMED erkläre ich,
[Vor-/Zuname in Druckbuchstaben]

mich mit der Kontaktaufnahme über meine

Postanschrift

Faxnummer

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

einverstanden.

Diese Daten verbleiben auf dem System der Institution und werden nicht weitergegeben.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit beim Inhaber der Institution mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme dieser Daten sowie Rechte auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung dieser Daten. Mein Ansprechpartner ist dabei der Inhaber der Institution.

Des Weiteren habe ich das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden.

Bei minderjährigen Personen unter 16 Jahren ist das Vorliegen einer Zustimmung der gesetzlichen Vertreter erforderlich.

Hamburg,

[Ort, Datum, Name d. Unterzeichnenden, **Unterschrift**]

Bei minderjährigen ab Vollendung des 16. Lebensjahres muss die Einwilligung durch diese selbst und der erziehungsberechtigten Person erfolgen:

und

[Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten]

[ab dem 16. Geburtstag: Unterschrift des/der Minderjährigen]