**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**

Ich, ………………………………….…….., geb. am ………………………… erkläre mich durch Abgabe einer Probe (Gewebe/Abstrich/Körperflüssigkeit) damit einverstanden, dass diese Probe auf das Vorhandensein von Covid-19 Viren und/oder Antikörper getestet wird. Ich bin mit der Durchführung des Tests durch Dr. Peter Kutschera oder seiner ärztlichen Vertretung einverstanden. Die Ordination Dr. Peter Kutschera ist berechtigt, meine personenbezogenen Daten zu verarbeiten (zu speichern), und meine Daten samt Testergebnis an das EMS (epidemiologisches Meldesystem des Gesundheitsministeriums, Republik Österreich), die zuständige Landessanitätsdirektion und die zuständige Bezirkshauptmannschaft zu melden. Informationen über Art und Umfang der Meldung können jederzeit in der Ordination Dr. Kutschera angefragt werden. Das Probenmaterial wird nach dem Befundbericht nicht weiter aufbewahrt und sodann vernichtet. Der Befund selbst ist von Dr. Peter Kutschera für die Dauer von 30 Jahren elektronisch zu archivieren.

Mir ist bewusst, dass ein positives Testergebnis in Bezug auf das Vorhandensein von Covid-19 Viren, behördliche Isolationsmaßnahmen nach sich ziehen kann.

Mir ist bewusst, dass die Analysemethode unrichtige Testergebnisse hervorbringen kann. Ich werde daraus keinerlei Ansprüche gegenüber der Ordination Dr. Peter Kutschera ableiten.

Ich wurde über den Umfang der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, sowie auf meine Rechte auf Auskunft, Beschränkung, Berichtigung, Übertragung, Löschung und Beschwerde bei der Datenschutzbehörde gemäß der DSGVO aufgeklärt.

Ort: 3033 Klausen-Leopoldsdorf Datum:………………………

Unterschrift der Patientin/des Patienten:………………………………………………..