

# PCR-Test Erklärung

In Blockschrift ausfüllen

AUSFÜHRENDE FIRMA

ICH, NAME/VORNAME UNTERZEICHNENDER ARZT/IN

ICH, NAME/VORNAME AUSFÜHRENDE/ R DES TESTS

ERKLÄRE VERBINDLICH,

DASS DER PCR-TEST MIT DER BEZEICHNUNG

DES HERSTELLERS

ZU DIAGNOSTISCHEN ZWECKEN HERGESTELLT WURDE UND ZUGELASSEN IST, DASS DIESER ZU 100% ZUVERLÄSSIG IN SPEZIFITÄT UND SENSITIVITÄT IST UND DASS DIESER TEST VALIDIERT IST.

DAS ENTNOMMENE MATERIAL WIRD AN FOLGENDES LABOR GESANDT

ICH GARANTIERE DIE KÖRPERLICHE UNVERSEHRTHEIT BEI DER ENTNAHME DER PROBE.

ICH GARANTIERE, DASS DIE PROBE AUSSCHLIESSLICH ZUR FESTSTELLUNG EINER SARS-COV-2-INFEKTION VERWENDET WIRD.

ICH GARANTIERE, DASS DIE ERHOBENEN DATEN NACH EINEM NEGATIVEN ERGEBNIS SOFORT – INNERHALB VON 7 TAGEN – UNWIDERRUFLICH GELÖSCHT WERDEN.

ICH VERSICHERE, DASS DIE ZU TESTENDE PERSON AUF MICH EINEN GESUNDEN UND PSYCHISCH STABILEN EINDRUCK MACHT.

SOLLTE BEI DER HEUTIGEN ENTNAHME EIN PHYSISCHER ODER PSYCHISCHER SCHADEN ENTSTEHEN, WERDE ICH VOLLUMFÄNGLICH FÜR DEN SCHADEN AUFKOMMEN UND ICH VERPFLICHTE MICH, DAS OPFER UND DESSEN FAMILIE SOWIE DIE ANGEHÖRIGEN OHNE JEDE VERZÖGERUNG ZU ENTSCHÄDIGEN.

SOLLTE DIE AUSWERTUNG DER ENTNAHME EIN FALSCH POSITIVES ERGEBNIS ERGEBEN, VERSICHERE ICH, MIT MEINEM PRIVATVERMÖGEN FÜR SÄMTLICHE WIRTSCHAFTLICHEN UND SOZIALEN AUSWIRKUNGEN ZU HAFTEN UND DAS OPFER UND DESSEN FAMILIE SOWIE DIE ANGEHÖRIGEN OHNE JEDE VERZÖGERUNG VOLLUMFÄNGLICH ZU ENTSCHÄDIGEN.

ICH VERSICHERE BEI DATENMISSBRAUCH ODER DATENDIEBSTAHL PERSÖNLICH ZU HAFTEN.

PCR—TEST – ABSTRICH

DATUM

ORT

ENTNAHME BEI

VORNAME

NAME

GEB.DATUM

ORT

UNTERSCHRIFT DER AUSFÜHRENDEN PERSON

UNTERSCHRIFT ARZT/IN