



**Tamara Zormeier**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Akupunktur

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur Durchführung Covid-19 Antigen-Schnelltests/PCR-Test

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass in der Arztpraxis Tamara Zormeier in Konstanz/ Corona-Schnelltest-Konstanz Abstrich(e) bei meiner Tochter/meinem Sohn durchgeführt werden:

\_\_\_\_\_  
**Name, Vorname gesetzlicher Vertreter**

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
**Name, Vorname (Tochter/Sohn)**

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
e-mail Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, bevorzugt Handy Nummer

Ich bin ebenfalls einverstanden, dass diese personenbezogenen Daten in der Arztpraxis Zormeier zum Zweck der Dokumentation erhoben und verarbeitet werden und im Falle eines positiven Ergebnisses inklusive des Befunds/der Behandlungsdaten an andere Leistungserbringer wie z.B. Gesundheitsamt/Labor übermittelt werden.

Der Abstrich wird in der Nase oder im Rachen durchgeführt. Mir ist bewusst, dass selbst bei sorgfältiger Durchführung es in Einzelfällen zu leichten Verletzungen wie z.B. Schleimhautreizungen/leichten Blutungen kommen kann.

Mir ist bekannt, dass ein Antigen-Schnelltest keine absolute Sicherheit bietet und sowohl falsch-positiv als auch falsch-negativ sein kann. Bei einem positiven Schnelltestergebnis werde ich unverzüglich informiert. Ich werde Sorge dafür tragen, dass im Anschluss ein PCR-Test bei meiner Tochter/meinem Sohn durchgeführt wird.

Im Falle eines positiven Schnelltests erfüllen wir als Familie die gesetzlichen Anforderungen hinsichtlich Quarantäne/Gesundheitsschutz.

Diese Einverständniserklärung gilt bis auf Widerruf. Diesen richten Sie bitte an [info@arztpraxis-zormeier.de](mailto:info@arztpraxis-zormeier.de)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift gesetzlicher Vertreter**

Praxis für Allgemeinmedizin  
Integrative Medizin | Akupunktur  
Alle Privat-/Gesetzlichen Kassen, Selbstzahler

Hussenstr.34  
78462 Konstanz  
T 07531 91 876 40  
F 07531 91 849 90

Montag	9-13 Uhr
Dienstag	9-13 Uhr
Donnerstag	9-13 Uhr   17-19 Uhr
Freitag	9-11 Uhr

IBAN DE85 3006 0601 0208 3036 06  
BIC DAAEDEDXXX

[info@arztpraxis-zormeier.de](mailto:info@arztpraxis-zormeier.de)  
[www.arztpraxis-zormeier.de](http://www.arztpraxis-zormeier.de)