



Anmeldung „Tirol Testet“ AG-Schnelltest

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Versicherung: _____

VersNr: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

ThromboASS? **Ja** **Nein**

Blutverdünnung? **Ja** **Nein**
(z.B. Xarelto, Pradaxa, Sintrom, Eliquis, Lixiana)

Befund schriftlich? **Ja** **Nein**
(Sollte kein schriftlicher Befund erwünscht sein, so erfolgt die Befundübermittlung per Anruf)

Hiermit bestätigte ich, dass ich mich auf eigenen Wunsch testen lasse. Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten zur Durchführung und Bestätigung der von mir gewünschten Testung erfasst und dokumentiert werden. Weiter stimme ich der Befundübermittlung via E-Mail zu.

Datum/Ort

Unterschrift

Vom Arzt auszufüllen:

Datum/ Uhrzeit:

Test Nr.

Ergebnis Pos / Neg

Das Anfertigen von Kopien zu zweckfremder Verwendung und die Weitergabe an Dritte ist untersagt!