

# Anmeldeformular COVID-19 Test (PCR-Test)



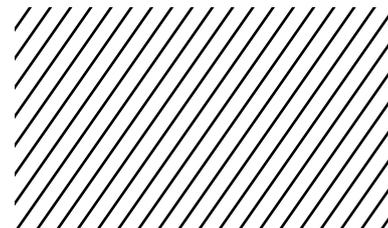
HEALTH  
CENTER



Sehr geehrte Damen & Herren!

Sie erhalten einen molekularbiologischen Test auf SARS-CoV-2 (PCR-Test). Die Leistungen sind gemäß § 6 Abs. 1 Z 19 USTG 1994 von der Umsatzsteuer befreit. Details und die Datenschutzerklärung entnehmen Sie bitte unserer Webseite unter **www.viennaairport.com/coronatest**. Bei Fragen stehen Ihnen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jederzeit gerne zur Verfügung.

**Bitte tragen Sie durchgehend Ihren Mund-Nasen-Schutz, halten Sie Abstand, verwenden Sie das Handdesinfektionsmittel und folgen Sie den Anweisungen unseres Personals.**



Vielen Dank!

Bitte die folgenden Felder leserlich in **BLOCKBUCHSTABEN** ausfüllen:

Nachname	Vorname	Geschlecht		
		M	W	D

Straße	Hausnummer	PLZ	Ort/Stadt

Geburtsdatum	Nationalität

Telefonnummer

--

E-Mail

--

OPTIONAL: Sonstige Informationen (z.B. Reisepassnummer, Firmenadresse usw.)

--

**Das Testergebnis wird Ihnen verschlüsselt an Ihre oben bekanntgegebene E-Mail-Adresse übermittelt.**

Bitte kreuzen Sie an: Ich verstehe,...

- ...dass der PCR-Test eine sehr geringe, aber mögliche Fehlerquote aufweisen kann.....
- ...dass es bei der Auswertung des Tests vereinzelt zu zeitlichen Verzögerungen kommen kann. In seltensten Fällen kann bei einem unschlüssigen Ergebnis ein neuerlicher Abstrich erforderlich sein.....
- Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten an Doz. DDr. Stefan Mustafa gemäß der mir zur Kenntnis gebrachten Datenschutzerklärung zur Durchführung der COVID-19 PCR-Tests übermittelt werden und von diesem verarbeitet werden dürfen. Ich kann meine Einwilligung jederzeit durch ein E-Mail an coronatest@viennaairport.com widerrufen.....
- Optional: Ich stimme zu, dass die Flughafen Wien AG und die Vienna Airport Health Center GmbH mir an die oben angegebene E-Mail-Adresse weitere Gesundheitsangebote für Werbezwecke zukommen lassen können. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit einer E-Mail an **coronatest@viennaairport.com** widerrufen.
- Leiden Sie unter Infektionskrankheiten (z.B.: HIV) oder Erkrankungen im Mund- und Nasenrachenbereich?.....  JA  NEIN

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift