



Empty dashed box for patient data.

Patientendaten

**! Ausgefüllte Formulare und die Versichertenkarte sind beim Termin mitzubringen.**

## Patient\*in

Name, Vorname Geb.datum

---

Straße, Nr.

---

PLZ, Wohnort

---

Tel. privat Tel. berufl.

---

Mobil -Wichtig für Rückfragen oder Vorabinformationen-

---

Krankenkasse

## Rechnung an (bei privat Versicherten)

Name, Vorname

---

Adresse (nur wenn abweichend von links)

---



---

## Befund

Wenn die Labor-Ergebnisse vorliegen, erhalten Sie postalisch zu Ihnen nach Hause einen Laborbefund.

Einwilligung zum Übermitteln des Testergebnisses für Zwecke der Corona-Warn-App auf den vom RKI betriebenen Server.

Ich bin einverstanden  ja  nein

## Datenschutzerklärung

Ich habe die Datenschutzerklärung, mit Verweis auf das Auskunfts- und Beschwerdeformular von personenbezogenen Daten, welche im Wartebereich ausliegt und auf der Homepage [www.cbtmed.de](http://www.cbtmed.de) hinterlegt ist, zur Kenntnis genommen.


Ort, Datum



Unterschrift Patient\*in / gesetzliche\*r Vertreter\*in



# COVID-19 Klinischer Fragebogen

Wurde bereits ein Test auf COVID-19 durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Abstrich (PCR)	<input type="checkbox"/> Antikörper
 Testung nach Warnung durch Corona-Warn-App	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		

## Symptome

ja

Wenn ja welche:

nein

**Wenn nein:** Bei Patienten, die nicht in eine der unten genannten Gruppen fallen, ist der Erregernachweis auf SARS-CoV-2 kostenpflichtig!

schwere Atemwegsbeschwerden (z.B. akute Bronchitis, Lungenentzündung, Atemnot, Fieber)

oder

Störung des Geruchs- und Geschmackssinns

oder

Symptome nach Kontakt mit einem bestätigten COVID-19-Fall **Verdachtsfall meldepflichtig!**

oder

Verschlechterung der Atembeschwerden

oder

Akute respiratorische Symptome jeder Schwere (z.B. Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit oder Schnupfen)

und

Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe oder

Tätigkeit in Pflege, Arztpraxis, Krankenhaus oder

Nach Exposition z.B. Veranstaltungen mit unzureichender Einhaltung der AHA+L-Regeln oder

Kontakt zu Personen mit akuter respiratorischer Erkrankung (im Haushalt oder Cluster ungeklärter Ursache UND 7-Tages-Inzidenz >35/100.000) oder

Während Symptomatik Kontakt zu vielen Personen oder

Weiterhin zukünftigen engen Kontakt zu vielen Personen oder Risikopatienten

Wie haben Sie von uns erfahren?

Hausarzt

Internet

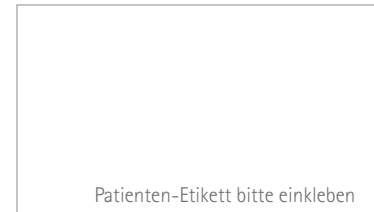
Gesundheitsamt

Zeitung

WDR-Beitrag

Freunde / Bekannte

## Weitergabe persönlicher Daten Einverständniserklärung



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Anschluss an die Untersuchungen im CBT erhalten Sie ggf. eine Rechnung.

Um den Verwaltungsaufwand gering zu halten, erfolgt die Liquidation durch die ABV Gesellschaft für Arztabrechnung – betriebswirtschaftliche Beratung – Verrechnungssysteme GmbH, (45470 Mühlheim a. d. Ruhr, Obere Saarlandstraße 3 und 76255 Ettlingen, Weberstraße 55), an die das CBT die Honorarforderung abgetreten hat.

Die ABV ist damit als Forderungsinhaber Ihr Ansprechpartner. Durch die Abtretung des Arzthonorars wäre das CBT in einem streitigen Verfahren lediglich Zeuge, so dass Sie sich bei eventuellen Streitfällen mit der ABV auseinandersetzen müssten. Die Rechnung wird aber nach den Anweisungen des CBT erstellt und ist für Sie mit keinerlei Mehrkosten verbunden.

Zur Rechnungserstellung ist die Übermittlung Ihrer persönlichen Daten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen und Diagnosen an die Abrechnungsgesellschaft erforderlich.

Alle Daten werden unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen vom Abrechnungsunternehmen, das ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist, vertraulich behandelt und nur zur Rechnungserstellung und Einziehung verwendet.

### Hinweis zu den Kosten und zur Kostenübernahme

Sollte Ihre Krankenkasse die Kosten für die Untersuchung nicht übernehmen, sind Sie verpflichtet, selbst die Kosten für die vom CBT erbrachten Leistungen zu begleichen.

Die Kosten für die Diagnostik auf SARS-CoV-2-Antikörpertest betragen 30,37 Euro.

Die Kosten für den PCR-Direktnachweis von SARS-CoV-2 betragen 75,- Euro.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit diesem Abrechnungsverfahren und der Abtretung der Honorarforderungen an die ABV für jede zukünftige ärztliche Behandlung durch uns – bis auf Widerruf – einverstanden.

Ich bin mit diesem Abrechnungsverfahren einverstanden.

Ich bin informiert, dass ich meine Einwilligung laut Art. 7 DS-GVO für die zukünftige Verarbeitung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum



Unterschrift Patient\*in / gesetzliche\*r Vertreter\*in