Kreisverband Hamburg - Harburg e. V.

im Auftrag von

Bezirksamt Harburg, Fachamt Gesundheit  
Freie und Hansestadt Hamburg

**Persönliche Daten für die Durchführung der Testung Barcode hier aufkleben**

|  |  |
| --- | --- |
| Name\* |  |
| Vorname\* |  |
| Geburtsdatum\* |  |
| Straße und Hausnummer\* |  |
| Postleitzahl\* |  |
| Ort\* |  |

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die Befundmitteilung durch das beauftragte Labor per Fax an die u.g. Nummer des Gesundheitsamtes Harburg („GA“) erfolgt und die erfassten Daten für diesen Zweck verarbeitet werden.

|  |  |
| --- | --- |
| Telefonnummer\*,  an die GA den Befund zusätzlich zum Auftraggeber mitteilen soll\* | Auftraggeber: Testung Diakonie für (HPG 23 80 87-88) und AGFW - Ergebnisweitergabe an AG durch [Testung@Diakonie-hamburg.de](mailto:Testung@Diakonie-hamburg.de) an   * **Zwingend** Rufnummer Arbeitgeber: * **Zwingend** E-Mail Arbeitgeber: * **Zwingend-**Rufnummer Arbeitnehmer: |
| E-Mail-Adresse an die GA wichtige Nachrichten mitteilen soll | [Testung@diakonie-hamburg.de](mailto:Testung@diakonie-hamburg.de) |
| Befund und Rechnung an das GA Harburg  Fax-Nummer | +49 40 4279-07948 |

\* Pflichtangabe, ohne die die Untersuchung nicht erfolgen kann

Ich bin darüber informiert, dass die Untersuchung das mit der Testung beauftragte Labor einen positiven Befund, also den Nachweis des neuartigen Coronavirus, nach den gesetzlichen Vorschriften dem zuständigen Gesundheitsamt meines Wohnortes zu melden hat. Diese Verpflichtung wird durch Versand des Befundes an die o.g. Faxnummer erfüllt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift

Durch das DRK auszufüllen:

Die Probenentnahme erfolgt im Auftrag von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_