**Einverständniserklärung**

für die **Entnahme eines Nasen-/Rachen-Abstriches** für einen Test auf COVID-19 – Antigen   
für die obligatorische, anonymisierte **Weiterleitung des Ergebnisses** an das BAG.

für die **obligatorische Dokumentation** und Aufnahme ins Computersystem der Apotheke xtrapharm im Rahmen der pharmazeutischen Betreuung und Begleitung.

**Name:**

**Vorname:**

Die persönlichen Daten werden ausschliesslich von MitarbeiterInnen der Apotheke xtrapharm bearbeitet, die der pharmazeutischen Schweigepflicht unterstehen.   
Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Die obengenannte Person kann die Vollmacht jederzeit ganz oder teilweise widerrufen für zukünftige Aufzeichnungen. Die vorliegende Vollmacht wird elektronisch archiviert.

……………………………………………………………………… Ort, Datum Unterschrift

Es erfolgt eine **direkte Abrechnung mit Ihrer Krankenversicherung** ab dem Ort Ihres Medikamentenbezuges. Für nicht übernommene Kosten bleiben Sie haftbar.

|  |  |
| --- | --- |
| Strasse: |  |
| PLZ, Ort: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Krankenversicherung: |  |
| CoverCard Nummer | 807560………………… |
| Mobiltelefon: |  |
| Mailadresse: |  |