

Patientjournal i forbindelse med Covid-19 test
Patientenbogen im Zusammenhang mit dem Covid-19-Test



Dato/Datum:*	
Navn/Name:*	
Efternavn/Nachname:*	
Personnummer/Personalausweisseriennummer:*	
Telefonnummer/Handynummer:*	
Der er givet informeret samtykke til patienten vedr. undersøgelsen/ Dem Patienten wurde eine Einverständniserklärung bezüglich der Untersuchung gegeben: Ja <input type="checkbox"/> Nej/nein <input type="checkbox"/>	
Journal udført af:	
Podning udført af:	

ANTIGENTEST - NASALPODNING			
ABBOTT PANBIO™ COVID-19 Ag RAPID TEST <input type="checkbox"/>	SD BIOSENSOR Covid-19 Ag Test <input type="checkbox"/>		
Test LOT NR:			
Resultat af test:	Test ugyldig <input type="checkbox"/>	Test negativ <input type="checkbox"/>	Test positiv <input type="checkbox"/>
DENNE TEST IKKE UDFØRT <input type="checkbox"/>			

PCR TEST - NASALPODNING			
Test NR:			
Resultat af test:	Test ugyldig <input type="checkbox"/>	Test negativ <input type="checkbox"/>	Test positiv <input type="checkbox"/>
DENNE TEST IKKE UDFØRT <input type="checkbox"/>			

ANTISTOFTEST - BLODPRØVE			
Test LOT NR:			
Resultat af test:	IgM: påvist <input type="checkbox"/> ikke påvist <input type="checkbox"/>	IgG: påvist <input type="checkbox"/> ikke påvist <input type="checkbox"/>	Test ugyldig <input type="checkbox"/>
DENNE TEST IKKE UDFØRT <input type="checkbox"/>			

Supplerende tekst			
Svar til patient:	Mundtligt og skriftligt (alle resultater) <input type="checkbox"/>	På SMS (kun negative resultater) <input type="checkbox"/>	Telefonopkald (kun positive + inkonklusive resultater) <input type="checkbox"/>

Patientjournal i forbindelse med Covid-19 test

Patientenbogen im Zusammenhang mit dem Covid-19-Test

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, einschließlich meines Namens, meiner Personalausweisnummer und das Testergebnis des Covid-19 Antigentests, durch welchen festgestellt werden soll, ob ich mit dem Coronavirus infiziert bin, gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass Falck Danmark A/S (im Folgenden „Falck“) das Ergebnis meines Covid-19 Antigentests, sowie meine Personalausweisnummer, zum Zwecke der Feststellung, ob ich mit Covid-19 infiziert bin, in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorschriften des Landes Dänemark über die Aufbewahrung von Patientenakten (§ 5 (1) Dänische Verordnung über das Führen von Patientenakten durch Personen des Gesundheitswesens), sammelt, speichert und verarbeitet.

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, einschließlich meines Testergebnisses und meiner Personalausweisnummer, entsprechend den gesetzlichen Vorschriften des Landes Dänemark für die Aufbewahrungsfrist von medizinischen Unterlagen (§ 15 (1) Dänische Verordnung über das Führen von Patientenakten durch Personen des Gesundheitswesens) ab dem Zeitpunkt der letzten Bearbeitung für 10 Jahre aufbewahrt werden. Nach Ablauf von 10 Jahren nach letztmaliger Bearbeitung werden die Daten gelöscht.

Falck ist für die Datenspeicherung und -verarbeitung verantwortlich.

Sie haben das Recht, jederzeit von Falck die Löschung, Korrektur, Änderung oder Vervollständigung Ihrer persönlichen Daten zu verlangen. Es steht Ihnen jederzeit frei, von Falck zu verlangen, Sie in der Zukunft nicht mehr zu kontaktieren. Sie können außerdem jederzeit das erteilte Einverständnis widerrufen. Kontaktieren Sie hierzu bitte Falck unter kvalitet@falck.dk.

Ihre Daten werden ohne Ihr vorheriges Einverständnis nicht mit Dritten geteilt. Für weitere Informationen über den Datenverarbeitungsprozess bei Falck hinsichtlich der Covid-19 Tests nehmen wir auf die Datenschutzerklärung von Falck Danmark A/S, Covid-19 Test, Bezug.

Datum: _____*

Unterschrift: _____*