

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 und die
Gesundheitsdirektion des Kantons St. Gallen.

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:
