

Einverständniserklärung zur PoC-Antigen-Testung

Vor- und Zuname: _____

Geboren am: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____



Ich erkläre mich durch die Abgabe einer Probe (Abstrich/Körperflüssigkeit) damit einverstanden, dass diese Probe auf das Vorhandensein von SARS-CoV-2 getestet wird. Ich bin mit der Durchführung des Tests durch geschultes Personal der Einrichtung einverstanden. Die Einrichtung ist berechtigt, meine personenbezogenen Daten zu verarbeiten und meine Daten bei positivem Testergebnis an das zuständige Gesundheitsamt zu melden.

- Mir ist bewusst, dass es bei oder nach dem Abstrich zu Irritationen und Reizungen an der Abstrichstelle kommen kann.
- Mir ist bewusst, dass die Analysemethode unrichtige Testergebnisse hervorbringen kann. Ich werde daraus keinerlei Ansprüche gegenüber der Einrichtung ableiten.
- Ich bestätige, dass ich an keinerlei Krankheitssymptomen wie Husten, Kurzatmigkeit oder Atembeschwerden, Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Halsschmerzen oder wiederholtem Geschmacks- und/oder Geruchsverlust leide.
- Ich weiß, dass die Teilnahme an den Testungen freiwillig ist und meine Zustimmung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann.

Ich wurde über die Durchführung und die Datenschutzrichtlinien aufgeklärt und bestätige hiermit, dass ich alles verstanden habe.

Ort/ Datum

Unterschrift

Testdurchführung

Datum und Zeit der Probeentnahme: _____

Testergebnis: negativ positiv

Der Test wurde durchgeführt von: _____

Name, Vorname

Unterschrift