

Antigen – Schnelltest Aufklärung- / und Einverständniserklärung

Vor,-u. Nachname	
Geburtsdatum	
Straße, Nr.	
Postleitzahl, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Ich erkläre hiermit, dass

- ich frei von Fieber und Erkältungssymptomen bin
- ich keinen bewussten Kontakt zu Personen hatte, die positiv auf SARS-COV-2 getestet worden sind
- ich mich nicht in Quarantäne befinde und auch nicht innerhalb von 14 Tagen auf SARS-COV-2 positiv getestet worden bin

Ich habe verstanden, dass

- die Probenentnahme mittels Teststäbchen im Nasenrachenraum erfolgt
- die Testung kann unangenehm sein, es kann zu Verletzungen wie Nasenbluten oder Reizungen kommen, tränende Augen / Hustenreiz
- das eine korrekte Probeentnahme Voraussetzung für ein zuverlässiges Ergebnis ist
- bei mir ein SARS-COV-2-Antigen Schnelltest (Point of Care) der Firma nal von minden GmbH durchgeführt wird, ich habe die Möglichkeit die Herstellerangaben einzusehen
- die Teilnahme am Test freiwillig ist
- ein negatives Testergebnis eine Infektion mit SARS-COV-2 nicht mit absoluter Sicherheit ausschließt

Hiermit beauftrage ich meine Nasenrachenabstrichprobe bzw. die des Probanden, dessen Sorgeberechtigter, gesetzlicher Vormund oder rechtlicher Betreuer ich bin, auf das Vorliegen einer Infektion mit SARS-COV-2 zu untersuchen und willige jederzeit widerruflich ein, dass meine personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten verarbeitet werden dürfen. Ich habe insbesondere verstanden, dass ein positives Ergebnis des Tests (Antigennachweis positiv) an das zuständige Gesundheitsamt unter Weitergabe der oben genannten Kontaktdaten gemeldet wird, ein SARS-COV-2 PCR Test zur Bestätigung erforderlich sein wird und ich mich auf direktem Wege in die häusliche Isolation bis zur Aufhebung durch das zuständige Gesundheitsamt begeben werde.

- Ich habe die Datenschutzbestimmungen einsehen können und stimme dem zu
- Diese Einwilligung zählt für alle künftigen Testungen in der Teststelle der Hebammenpraxis Rundum am Osterbach

Ich habe keine Fragen mehr und möchte getestet werden.

Bad Westernkotten,

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift (gesetzlicher Vertreter/-in)