
Name, Geb.Datum

Anschrift

Einwilligungserklärung und Information über die Erhebung personenbezogener Daten zur Durchführung eines SARS-CoV-2 Antigen-Schnelltest

Um die Verbreitung der Erkrankung COVID-19 einzudämmen wird ein SARS-CoV-2 Antigen-Schnelltest angeboten, um festzustellen, ob eine akute COVID-19-Infektion vorliegt. Die Teilnahme an der Testung ist freiwillig und kostenlos.

Bei der Testperson wird eine risikoarme Untersuchung in Form eines Nasen-Rachen-Abstrich durchgeführt.

Die Durchführung der Tests erfolgt durch fachlich qualifiziertes und geschultes Personal.

Sollte das Testergebnis positiv ausfallen, melden Sie sich bitte umgehend bei Ihrem für Sie zuständigen Gesundheitsamt.

Folgende Daten werden dokumentiert:

- Vor-, Zuname
- Geburtsdatum
- Anschrift
- Telefonnummer
- Name der Einrichtung
- Angaben zur Untersuchung (Untersuchungsart, Datum)
- Testergebnis

Einwilligung:

Hiermit willige ich / willigen wir in die Durchführung des Tests ein. Die Verarbeitung der oben genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Feststellung einer etwaigen COVID-19-Infektion und im Weiteren zur Verhinderung der Ausbreitung dieser Krankheit habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die testdurchführende Stelle nach § 8 i.V.m. § 7 IfSG im Falle einer positiven Testung das Gesundheitsamt über das Testergebnis namentlich und unverzüglich informieren muss.

Telefonnummer oder E-Mail der Testperson:
(sofern nicht bei der Anmeldung erfolgt)

Datum/Unterschrift der Testperson:

Datum/Unterschrift/Stempel DRK-KV

Uhrzeit Testung:

Bescheinigung:

Seite 1/1

Ja Nein