



Einverständniserklärung zur PoC-Antigen-Testung

(bitte gut leserlich ausfüllen)

Testperson:

.....
1) Nachname, Vorname

.....
2) ggf. Nachname, Vorname des gesetzlichen Vertreters

.....
Anschrift Hauptwohnung (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Land)

.....
ggf. Anschrift derzeitiger Aufenthaltsort

.....
Geburtsdatum

.....
Telefonnummer

.....
E-Mail-Adresse (optional)

Bis auf schriftlichen Widerruf erteile ich hiermit mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung in der oben genannten Teststelle. Der Test beinhaltet einen Nasenabstrich. Über mögliche persönliche gesundheitliche Einschränkungen, die für die Durchführung des Testes relevant sind, informiere ich den / die eingesetzten Testhelfer*in eigenverantwortlich (z.B. übersensible Nasenschleimhaut, Bluterkrankheit, Einnahme gerinnungshemmender Medikamente etc.).

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass im Falle einer positiven Testung seitens der Teststelle gegenüber dem zuständigen Gesundheitsamt eine Meldepflicht besteht. Im Fall eines positiven Tests werde ich schnellstmöglich eine Nachtestung mittels PCR-Test in einem Testzentrum oder bei einem niedergelassenen Arzt durchführen lassen und der Pflicht zur häuslichen Absonderung nachkommen.

Die Erfassung und Speicherung der personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich zur schriftlichen Dokumentation der Testung in der Teststelle. Mit der Speicherung der Daten bis zum 31. Dezember 2024 (Aufbewahrungsfrist lt. Bundesministerium für Gesundheit) erkläre ich mich einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Testperson bzw. gesetzlicher Vertreter

Ich bestätige, mit meiner Unterschrift,
dass der Test an mir durchgeführt wurde.

.....
Unterschrift Testperson bzw. gesetzlicher Vertreter