

Einverständniserklärung zur Durchführung von PoC-Antigen-Tests

PoC-Antigen-Tests (Point-of-Care-Antigen-Tests) sollen genutzt werden, um zeitnahe Ergebnisse über das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu erhalten und die Gefahr der Ausbreitung des SARS-CoV-2 Virus zu verhindern und zu reduzieren.

Für diese PoC-Antigen-Tests können für bestimmte Personengruppen Kosten entstehen

(siehe „FAQ COVID-19 Tests des Bundesministerium für Gesundheit“).

Eine Verpflichtung zur Testung besteht nicht.

Die Durchführung der Testung erfolgt durch geschultes Personal mittels eines Nasen-Rachenabstrichs. Das Ergebnis liegt in der Regel nach ungefähr 10 - 15 Minuten vor.

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. Eine weitere Zustimmung meinerseits ist hierfür nicht erforderlich.

In einem Informationsgespräch wurde ich über die Durchführung und die Risiken der Testung aufgeklärt.

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung (und ggf. weiteren PoC-Antigen-Testungen) nach den Vorschriften der „Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV)“ in der jeweils geltenden Fassung gegenüber der folgenden testenden Stelle:

Filippos Erlebnisgarten, Blekendorfer Berg 1a, 24327 Blekendorf

Name/Anschrift der testenden Stelle (ggf. Stempel mit diesen Informationen), die den Test durchführt.

Mein Einverständnis kann ich jederzeit und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf meines Einverständnisses wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Vor- und Zuname:

(in Druckschrift) _____

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ): _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, dass ich die Voraussetzungen gemäß den Vorgaben des **Bundesministerium für Gesundheit** erfülle

- für einen kostenfreien Corona-Antigentest.
- für einen Corona-Antigentest mit einer Zuzahlung von 3,-€.
- für keinen der o.g. Bereiche und ich meinen Test selbst bezahlen muss.

Ort, Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname)