

Nummer Test



Einverständniserklärung COVID-19 Antigen Schnelltest

Die Praxis für Logopädie „Stimmklang“ benötigt meine unten angegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck eines COVID-19 Antigen Schnelltests:

Grund des Tests: privat geschäftlich

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Telefon:	
E-Mail	
Schule, Kita, Amt, Sonstiges (nur ausfüllen wenn geschäftlich)	

- Ich bin Mitarbeiter*in einer Schule/Kita und bin in der nächsten halben Stunde unter folgender Telefonnummer zu erreichen: _____
(Bitte beachten Sie, dass Sie Ihre Arbeitsstätte eine halbe Stunde nach dem Test nicht betreten dürfen!)
- Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung eines Abstriches zur Entnahme von Proben zum Zwecke des qualitativen Nachweises von viralen SARS-CoV-2 Nukleoprotein-Antigenen einverstanden.
- Ich stimme zu, dass meine Daten und Ergebnisse an meine Einrichtung/Schule weitergegeben werden dürfen.
(nur ausfüllen wenn geschäftlich)
- Ich stimme zu, dass bei einem positiven Testergebnis meine Daten und Ergebnisse an mein örtliches Gesundheitsamt weitergegeben werden dürfen.

Der Test dient nur zur Feststellung von viralen SARS-CoV-2 Nukleoprotein-Antigenen und nicht zum 100%igen Ausschluss einer COVID-19 Infektion. Die Durchführung des Tests erfolgt unter Berücksichtigung aller notwendigen Vorkehrungen und wird nach Angaben des Herstellers und entsprechender Einweisung von geschultem Personal durchgeführt.

Ich bin des Weiteren von der/dem Test-Abnehmenden darüber informiert worden, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der, bis zum Widerruf aufgrund meiner Einwilligung, erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

_____ , _____
Ort

Datum

_____ , _____
Unterschrift