



## Einwilligungserklärung zur Testung auf SARS-Cov2

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_ Personalausweis: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### **Fragebogen zur Selbsteinschätzung für Ihren SARS-CoV2-Test:**

- Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Nasenoperation?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter Diabetes 1?  Ja  Nein  
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?  Ja  Nein

### **Kosten:**

**Selbstzahler 3,00 Euro** (z.B. Eigenbedarf, Reise, Freitesting, Krankenhausbesuche, Pflegeheim etc.)

### **Aufklärung / Durchführung des Antigen-Schnelltests:**

Für den Schnelltest wird ein Wattestäbchen in die Nase eingeführt und aus dem Nasen-Rachen-Raum ein Abstrich entnommen. Auch bei großer Sorgfalt können hierbei Risiken oder Unannehmlichkeiten auftreten. Falsch-positive Ergebnisse sind zu einem bestimmten Prozentsatz nicht auszuschließen. Ein negatives Testergebnis hingegen bedeutet nicht, dass eine COVID-19-Infektion sicher auszuschließen ist. Bitte beachten Sie, dass das Testergebnis lediglich eine Momentaufnahme des Infektionsstatus zum Zeitpunkt der Durchführung des Tests darstellt. Die Nutzbarkeit bzw. Anerkennung des Testnachweises für den gewünschten Zweck, ist durch die Testperson im Vorfeld zu prüfen. Eine Haftung durch den Aussteller im Falle einer Nichtnutzbarkeit oder Nichtanerkennung durch Dritte wird ausdrücklich ausgeschlossen. Unter 14-jährige dürfen den Tests nur in Begleitung eines Sorgeberechtigten durchführen lassen. Jugendliche ab 14 Jahren dürfen zum Test auch ohne Begleitung eines Erziehungsberechtigten erscheinen, sofern Sie eine Einverständniserklärung vorweisen.

### **Meldepflicht an das Gesundheitsamt:**

Über ein positives Testergebnis werden wir Sie umgehend informieren. Bitte informieren Sie auch umgehend Ihr privates und berufliches Umfeld über das positive Testergebnis. Nach dem Infektionsschutzgesetz sind wir verpflichtet, das zuständige Gesundheitsamt über Ihr positives Testergebnis zu informieren.

### **Datenschutz / Datenschutzerklärung:**

Das Testzentrum Friedrich wird die von Ihnen mitgeteilten Daten und das Testergebnis zur Durchführung Ihres Tests gemäß DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung) verarbeiten und an Dritte weitergeben. Im Falle eines positiven Ergebnisses ist dies das zuständige Gesundheitsamt. Ihre Daten verbleiben ausschließlich beim Testzentrum Friedrich bis 31.12.2024.

### **Freiwilliger Schnelltest, Widerrufsrecht:**

Ich weiß, dass die Teilnahme am Test freiwillig ist und ich meine Zustimmung jederzeit – bis zum Zeitpunkt vor Durchführung des Tests – ohne Angaben von Gründen widerrufen kann. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich einen Antigen-Schnelltest durchführen lasse, die gemachten Angaben zutreffend sind und die restlichen Inhalte dieser Erklärung zur Kenntnis genommen habe.

### **Ergebnis per E-Mail erhalten:**

- Ich bin mit einer **Zusendung des Ergebnisses als PDF direkt im Anhang einer einfachen E-Mail** einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung – sind mir bewusst.

---

Datum & Unterschrift Proband (bzw. Erziehungsberechtigter)