

Schnelltest Center Brake

Schnelltest-Aufklärung und Einverständniserklärung



Vor- und Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Geburtsdatum: _____._____._____

positiv

negativ

Corona-App-ID

1. Besucher:innen und Behandelte oder Bewohner:innen in medizinischen Einrichtungen

- Krankenhäuser
- Rehabilitationseinrichtung
- Tageskliniken
- Dialysezentren
- Einrichtung für ambulante Operationen
- voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Altersheim/Pflegeheim)
- Entbindungseinrichtungen
- voll- und teilstationäre Einrichtungen für Menschen mit Behinderung
- Ambulante Dienste oder stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe
- Obdachlosenunterkünfte
- Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern

2. Pflegende Angehörige

3. Menschen mit Behinderungen und deren Betreuer/in
(im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 29 SGB XI)

4. Personen aus dem medizinischen Bereich, bei denen ein Test zur Beendigung der Quarantäne erforderlich ist (Freitesten)

➔ **Testgrund vorgelegt!**

freiwilliger, kostenpflichtiger Test (9,50 €)

Ich habe verstanden, dass

- die Probenentnahme mittels Nasenabstrichtest oder Spuck-/Speicheltest durchgeführt wird,
- bei mir ein Antigen-Schnelltest (Nasenabstrichtest), Spucktest SARS-CoV-2 Antigen (Spuck-/Speicheltest) oder SARS-CoV-2 Antigen Lolli-Schnelltest (Speicheltest) erfolgt, um zu bestimmen, ob ich Träger/in des SARS-CoV 2 Erreger bin,
- die Teilnahme am Test freiwillig ist und
- ein negatives Ergebnis eine Infektion mit SARS CoV-2 nicht mit absoluter Sicherheit ausschließt

Hiermit beauftrage ich meine Probe bzw. die des Probanden, dessen Sorgeberechtigter, gesetzlicher Vormund oder rechtlicher Betreuer ich bin, auf das Vorliegen einer Infektion mit SARS CoV 2 zu untersuchen und willige jederzeit widerruflich ein, dass meine personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten verarbeitet werden dürfen. Ich habe insbesondere verstanden, dass ein positives Ergebnis des Tests an das zuständige Gesundheitsamt unter der Weitergabe der oben genannten Kontaktdaten gemeldet wird, ein SARS CoV 2 PCR-Test zur Bestätigung erforderlich sein wird und ich mich auf direktem Wege in die häusliche Isolation bis zur Aufhebung durch das zuständige Gesundheitsamt begeben werde.

Ich habe keine weiteren Fragen und stimme dem Test zu. Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben.

Ort

_____._____.2023
Datum

____:____ Uhr
Uhrzeit

Unterschrift