

# Schnelltest Center Brake

## Schnelltest Aufklärung und Einverständniserklärung



Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit, dass ich

- nicht an Symptomen einer fiebrigen Erkältung leide oder Fieber habe,
- keinen bewussten Kontakt zu Personen, die positiv auf SARS-CoV 2 getestet worden sind, hatte und
- ich innerhalb der letzten 14 Tagen nicht positiv auf SARS-CoV 2 getestet worden bin.

Ich habe verstanden, dass

- die Probenentnahme mittels Nasenabstrichtest oder Spuck-/Speicheltest durchgeführt wird,
- bei mir ein SAFECARE COVID-19 Antigen-Schnelltest (Nasenabstrichtest), Ritter Easy Check Spucktest SARS-CoV-2 Antigen (Spuck-/Speicheltest) oder watmind SARS-CoV-2 Antigen Lolli-Schnelltest (Speicheltest) erfolgt, um zu bestimmen, ob ich Träger/in des SARS-CoV 2 Erregers 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.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr  
Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Schnelltest Center Brake

## MELDUNG AN DAS GESUNDHEITSAMT // TESTBESTÄTIGUNG

An das Gesundheitsamt des Landkreises Wesermarsch  
Rönnelstraße 10, 26919 Brake (Unterweser)  
Telefon 04401-927511 | Fax 04401-4285

Name: \_\_\_\_\_




Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Diagnosezeitpunkt: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ : \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr

### Testverfahren

-  Nasenabstrichtest: SAFECARE COVID-19 Antigen-Schnelltest (Abstrich), AT199/20
-  Spuck-/Speicheltest: Ritter Easy Check Spucktest SARS-CoV-2 Antigen, AT527/20
-  Speicheltest: watmind SARS-CoV-2 Antigen Lolli-Schnelltest, AT-108/20

### Testbestätigung:

POSITIV                       NEGATIV

Konsequenz bei positiven Ergebnis:

- Patient wurde zur freiwilligen Isolationsmaßnahme angehalten
- Patient wurde darauf hingewiesen einen PCR Test beim Arzt durchzuführen
- Patient wurde darauf hingewiesen ggf. vom Gesundheitsamt kontaktiert zu werden

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter

Meldedatum/übermittelt zum Landkreis Wesermarsch:

\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ : \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr

Schnelltest Center Brake  
Mühlenstraße 2  
26919 Brake  
Tel: 04401-8292927