

Schnelltest Center Brake

Selbstauskunft, Aufklärung und Einverständniserklärung



Vor- und Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Geburtsdatum: ____/____/____

positiv

negativ

Corona-App-ID

Pflicht-Angabe:

- 1. Person, unter fünften Lebensjahr
- 2. Person, die aus **medizinischen** Gründen nicht geimpft werden kann, unter anderem Schwangere im ersten Trimester
- 3. Person, die an klinischen Studien zur Wirksamkeit von Impfstoffen teilnimmt/teilgenommen hat
- 4. Person, die sich aufgrund einer nachgewiesenen Infektion in Absonderung befindet
- 5. Person, nach § 4 Abs. 15, 1 Nr. 3 und 4 (Patienten in Krankenhäusern und Pflege- bzw. Eingliederungshilfeeinrichtungen und deren Besucher)
- 6. **Besucher von Veranstaltungen in Innenräumen oder mit beabsichtigtem Kontakt zu einer Person ab 60 Jahren oder einer Person mit Vorerkrankung**
- 7. **Person mit erhöhtem Risiko nach Corona-Warn-App**
- 8. Person, die mit einer infizierten Person in demselben Haushalt lebt oder gelebt hat
- 9. Pflegende Angehörige
- 10. Menschen mit Behinderung und deren Betreuer/in

Hinweis: Personen nach 6. und 7. hat für jede Testung einen Beitrag von **3 € als Eigenbeteiligung an den Leistungserbringer** zu entrichten.

Nachweis des Testgrund wurde dem Mitarbeiter 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

_____.____.2022
Datum

____:____ Uhr
Uhrzeit

Unterschrift