



## Corona-Schnelltest-Stelle

Pestalozzistraße 12  
08344 Grünhain-Beierfeld

### Einverständniserklärung zur PoC-Antigen-Testung

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

Testnummer: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
(Druckschrift)

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Bis auf schriftlichen Widerruf erteile ich hiermit mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung. Ich wurde über die Durchführung, die Risiken und die Speicherung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit der Testung aufgeklärt.

Die Erfassung und Speicherung der personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich zur schriftlichen Dokumentation und Abrechnung der Testung in der Teststelle. Mit der Speicherung der Daten für den Zeitraum von maximal 4 Wochen erkläre ich mich einverstanden.

Ich wurde über die Meldepflicht an das Gesundheitsamt sowie die erforderliche Nachtestung mittels PCR-Test im Falle eines positiven Ergebnisses informiert. Die Nachtestung ist durch mich selbst über den Hausarzt/ Hausärztin oder ein Testzentrum zu organisieren.

Weiterhin wurde ich über die Pflicht zur unverzüglichen häuslichen Absonderung im Falle eines positiven Testergebnisses informiert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte/n)

### Vom Kontrollpersonal auszufüllen:

Das Testergebnis war: ( ) negativ ( ) positiv

Positiv getestete Personendaten an das Gesundheitsamt übermittelt: ( ) ja

Datum/ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_