

**Einverständniserklärung und Klärung der Zulässigkeit  
eines Abstrich für kostenlose Tests im Rahmen der Bürgertestung zum Nachweis  
von SARS-CoV-2/ COVID-19 nach Coronavirus-Testverordnung mittels PoC Antigenstest (§11TestV)**

Angaben zur Person

**BITTE NUR IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!**

Name*:		
Vorname*:		
Geburtsdatum*:		
Geschlecht:		
PLZ* und Ort*:		
Straße*:		
Telefon*:		
Wurden Sie in den letzten 14 Tagen positiv auf Covid/Corona getestet?*	Ja: <input type="checkbox"/>	Nein: <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikament welche stärkere Blutungen auslösen können?	Ja: <input type="checkbox"/>	Nein: <input type="checkbox"/>
Wünschen Sie die Datenübermittlung an die Corona-Warn-App?	Ja: <input type="checkbox"/>	Nein: <input type="checkbox"/>

**\*Pflichtangaben**

**Informationen zu diesem Dokument:**

Diese Einverständniserklärung und alle notwendigen Abrechnungsdaten gemäß Corona-TestVO werden nach den Vorgaben der Corona-TestVO zur Archivierung und Dokumentation bis 31.12.2024 gespeichert oder aufbewahrt. Sollten Daten an die Corona-Warn-App (CWA) auf Ihren ausdrücklichen Wunsch übermittelt werden, so gelten die Datenschutzbestimmungen des CWA-Anbieters (BMG/Robert-Koch-Institut,...) und Ihnen wird eine separate Datenschutzhinweise übergeben. Bei Datenübermittlung an die CWA ist diese auf dem Mobiltelefon zu installieren und ein Teststellenprofil einzurichten. Ohne Ihre technische Vorbereitung kann die Übermittlung nicht erfolgen.

**Datenschutzinformation und Meldung bei einem positiven Ergebnis:**

Im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigenstests auf SARS-CoV-2 erheben wir oben aufgeführte Daten. Wir verarbeiten Ihren Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer und ggf. E-Mail-Adresse, das Ergebnis und informieren im Falle eines positiven Testergebnisses das zuständige Gesundheitsamt darüber. Dem Gesundheitsamt müssen wir Ihre persönlichen Daten dieser Erklärung nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 IfSG weitergeben. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Um die unverzügliche Kontaktaufnahme des Gesundheitsamtes mit Ihnen zu gewährleisten, erheben wir die Rufnummer und – sofern angegeben – E-Mail-Adresse nach Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Die Datenspeicherung dient ebenfalls als Nachweis.

Die Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne diese als Pflichtfelder markierten Daten können wir den Test jedoch nicht durchführen. Als betroffene Person haben Sie das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten und auf Berichtigung unrichtiger Daten sowie auf Löschung, sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe vorliegt, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Sie haben zudem das Recht auf Datenübertragbarkeit sowie auf Einschränkung der Datenverarbeitung. Ferner haben Sie das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten Petra Jaep (Tel. 03629-800008) wenden.

**Entnahme des Untersuchungsmaterials:**

Zur Durchführung des geplanten Tests zwecks Nachweises einer akuten SARS-CoV-2-Infektion/ COVID-19-Erkrankung, ist zunächst die Entnahme von Untersuchungsmaterial erforderlich. Dies erfolgt mittels eines Abstrichs im Nasen-Rachen-Raum (Nasopharynx) oder im Mund-Rachen-Raum. Der Abstrich erfolgt regelhaft durch entsprechend geschultes Personal. Diese Entnahme ist in den meisten Fällen medizinisch unbedenklich.

**Unannehmlichkeiten/ Risiken können dabei jedoch auftreten:**

Reizung der Nasenschleimhäute, Würgereiz, Blutungen im Entnahme-Raum, Atemnot/ Atembeklemmungen, Niesen/ Husten/ Verschlucken

**Ergebnismitteilung:**

Ihr Testergebnis steht nach 10-15 Minuten fest. Im Falle eines positiven Ergebnisses kontaktieren wir Sie umgehend telefonisch. Sie werden dann aufgefordert sich unverzüglich in private Quarantäne zu begeben und einen weiteren PCR-Test bei Ihrem Arzt oder einem Testzentrum zu vereinbaren. Nutzen Sie hierfür folgende Hotline-Nummer: 116 117.

**WICHTIG: Eine Testdurchführung ist nicht möglich bei Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Lungenentzündung, Störung des Geschmacks- oder Geruchssinns.**

**Bitte wenden Sie sich in diesen Fällen an Ihren Arzt.**

**Mit meiner Unterschrift willige ich in die Durchführung der freiwilligen Testung ein.**

\_\_\_\_\_

Ort / Datum

rechtsverbindliche Unterschrift / Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Hiermit bestätige ich die erfolgte Testdurchführung

\_\_\_\_\_

Ort / Datum

rechtsverbindliche Unterschrift / Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Der Test wurde durchgeführt von: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_  
und die Identität durch Kontrolle des Ausweises überprüft. \_\_\_\_\_ Unterschrift

Ergebnis	Negativ: <input type="checkbox"/>	Positiv: <input type="checkbox"/>	☞ Meldung an das Gesundheitsamt erfolgt: <input type="checkbox"/>	_____