

DRK OV Waldburg / Gemeinde Schlier



Einverständniserklärung und Testergebnis

Durchführung einer PoC-Antigen
Testung

Gemeinde
Schlier

Ich _____

geboren am _____

wohnhaft _____

Telefonnummer _____

Mail-Adresse _____

erkläre mich durch Abgabe einer Probe (mittels Nasen-Rachenabstrich) damit einverstanden, dass diese auf das Vorhandensein von Covid-19 Viren getestet wird.

- Mir ist bewusst, dass sich durch die Testmethode leider keine absolute Sicherheit garantieren lässt und die Analysemethode unrichtige Testergebnisse hervorbringen kann. Ich werde daraus keinerlei Ansprüche gegenüber dem DRK ableiten.
- Mir ist bewusst, dass es bei oder nach dem Abstrich, zu Irritationen, Reizungen und in seltenen Fällen zu Blutungen an der Abstrichstelle kommen kann.
- Mir ist bewusst, dass ein positives Testergebnis in Bezug auf das Vorhandensein von Covid-19 Viren bedeutet, dass ich unverzüglich häusliche Quarantäne einhalten muss. Das gilt ebenfalls für Personen, die mit mir in einem Haushalt leben.
- Ich weiß, dass ein positives Schnelltestergebnis durch einen anschließenden PCR-Test bestätigt werden muss. Ich werde unverzüglich mit der zuständigen Corona-Anlaufstelle Kontakt aufnehmen, um einen Testtermin zu vereinbaren. Erst wenn das Ergebnis der PCR-Testung negativ ausfällt, kann die Quarantäne aufgehoben werden.
- Ich weiß, dass die Teilnahme an der Testung freiwillig ist.

Das DRK ist berechtigt, meine personenbezogenen Daten zu verarbeiten und zu speichern, und meine Daten bei positivem Testergebnis an das zuständige Gesundheitsamt und ggf. an die zuständige Ortspolizeibehörde zur Kontaktpersonenermittlung weiter zu geben.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung des PoC-Antigen-Tests durch medizinisches Fachpersonal oder geschulte DRK-Sanitätshelfer einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der zu testenden Person bzw. Erziehungs- /Sorgeberechtigte

Nur vom DRK vor Ort auszufüllen:
(this is to be filled in by the DRK)

ROCHE SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test
(test name)

Testergebnis	negativ	positiv	Nr.
			Prüfzeit final Mit 15 min Vorlauf einzutragen
Eintragen →			

Bescheinigung über das Vorliegen eines SARS-CoV-2 Antigentests

und zusätzlich bei positivem SARS-CoV-2 Antigentest:

Muster-Meldeformular für Apotheken, Pflegeheime und andere zur Meldung nach § 8 Abs.1 Nr. 5 und 7 IfSG verpflichtete Personen

Es wird das Vorliegen eines		
<input type="checkbox"/> negativen Antigentests		
<input type="checkbox"/> positiven Antigentests		
bescheinigt für		
▶	Name	Vorname
	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	Geburtsdatum
	Telefonnummer und E-Mail-Adresse	
Der Antigentest wurde durchgeführt von		
▶	Name DRK OV Waldburg	Vorname
	Ausführende Stelle (Bezeichnung, Anschrift, Telefon) DRK Ortsverein Waldburg Vorstand: Bernd Jäger, Richlisreute 15,88281 Schlier	-Stempel (falls vorhanden)-
	Handelsname des verwendeten Antigentests Roche - SARS-CoV2 Rapid Antigen Test	

Datenschutzhinweise: Bei SARS-CoV-2 handelt es sich um eine Infektion mit einem nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtigen Krankheitserreger. Im Falle eines positiven Testergebnisses ist die testdurchführende Stelle gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 5 und 7 IfSG zur unverzüglichen Meldung an das zuständige Gesundheitsamt verpflichtet. Dies hat gemäß § 9 Abs. 1 IfSG namentlich zu erfolgen und beinhaltet die Weiterleitung der in diesem Vordruck erhobenen personenbezogenen Daten an das zuständige Gesundheitsamt. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 9 Abs. 2 g) Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Diese Bescheinigung ist zugleich das Meldeformular und muss nach erfolgter Meldung von der testenden Stelle für den Zeitraum von 4 Wochen aufbewahrt und danach datenschutzkonform vernichtet werden.

▶	Testdatum	Unterschrift (ausführende Person) x
	Uhrzeit	