

PoC-Antigen-Test SARS-COV-2

TESTPERSON Herr Frau Divers_____
Name, Vorname_____
Geburtsdatum_____
Straße, PLZ/Ort_____
E-Mail-Adresse**SARS-CoV-2 Ag Schnelltest**

REF:

LOT:

Testdatum_____
Uhrzeit_____
Testort_____
Telefonnummer

Erklärung Testperson

Mit meiner Unterschrift bestätige ich für mich, bzw. für den Probanden, dessen Sorgeberechtigter, gesetzlicher Vormund oder rechtlicher Betreuer ich bin, dass ich mit der Durchführung eines Nasen- und Rachenabstrichs zur Entnahme von Proben zum Zwecke der Testung auf den Erreger SARS-CoV-2 / COVID19 bzw. Antikörper einverstanden bin. Weiterhin entbinde ich alle in die Untersuchung involvierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des DRK Bad Soden von der Schweigepflicht zum Zwecke einer Befundübermittlung an das Gesundheitsamt.

Die Probenentnahme wird in Ihrem Auftrag vom DRK Bad Soden am Taunus e.V., Hunsrückstraße 5, 65812 Bad Soden am Taunus, durchgeführt und ausgewertet. Bei Durchführung eines SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test Schnelltests wird nur ein Nasopharynx-Abstrich entnommen. Über Risiken der Probennahme, wie Reizung des Nasen-/Rachenraums, Nasenbluten o.ä. habe ich Kenntnis und nehme diese billigend in Kauf.

Positive Befunde, auch bei Schnelltests, werden vom DRK an das zuständige Gesundheitsamt nach IfSG §6 gemeldet.

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Meldungen die laut Infektionsschutzgesetz an den zuständigen Behörden erfolgen müssen, können nicht widerrufen werden.

Ich stimme der Zusendung der Befunde via E-Mail zu. Für die Inanspruchnahme der kostenlosen Antigen Schnelltests bestätige ich, dass mein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort in der Bundesrepublik Deutschland ist.

Datum_____
Unterschrift**Testergebnis:** UNGÜLTIG
 NEGATIV
 POSITIV

Anmerkungen