

## Einwilligungserklärung zur Durchführung eines PoC-Antigen-Test

Voraussetzung für die Durchführung eines PoC-Antigen-Tests ist die Einwilligung der zu testenden Person und damit einhergehend die Einwilligung zur Verarbeitung der Daten im Zusammenhang mit dem Antigen-Test und seiner Befundung.

(\*Daten zwingend erforderlich, ohne die Angabe können wir Sie leider nicht testen.)

\_\_\_\_\_  
Name\*, Vorname\*

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum\*

\_\_\_\_\_  
Anschrift\*

Telefonnummer\*: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Die Antigen-Schnelltests zum Nachweis einer akuten Covid-19-Infektion mit SARS-CoV-2 werden durch das geschulte Personal der Einrichtung:

**Testzentrum der sbf GmbH Radebeul, Steinbachstraße 13, 01445 Radebeul** durchgeführt.

### Übermittlung Testergebnis:

- Papierform
  Abruf über QR-Code
  Zusenden per E-Mail  
 Übermittlung an Corona-Warn-App
  Digitales Covid-19-Testzertifikat nach § 22 Abs.7 Infektionsschutzgesetz

### Einwilligungserklärung

Hiermit erteile ich die ausdrückliche Einwilligung zur Durchführung eines Abstrichs im Nasen-Rachen-Raum mit anschließendem Antigen-Schnelltest zum Nachweis einer akuten COVID-19-Infektion mit SARS-CoV-2. Diese Entnahme ist in den meisten Fällen medizinisch unbedenklich.

Folgende Unannehmlichkeit/Risiken können auftreten:

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

Im Anschluss an die Entnahme des Untersuchungsmaterials wird vor Ort ein Antigen-Schnelltest durchgeführt. Die Auswertung des Schnelltests sowie die Befundmitteilung erfolgen vor Ort oder digital. Sofern eine akute Infektion mit SARS-CoV-2 nachgewiesen werden sollte, handelt es sich hierbei um eine meldepflichtige Infektion nach dem Infektionsschutzgesetz. In diesem Fall müssen Ihre personenbezogenen Daten zusammen mit dem positiven Testergebnis von uns verpflichtend den zuständigen Gesundheitsbehörden gemeldet/übermittelt werden. Bitte beachten Sie außerdem, dass Sie nach derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen trotz eines negativen Tests ansteckend/infektiös sein könnten.

### Selbstauskunft (§ 6 Absatz 3 Nummer 5, TestV)

(von Teststelle auszufüllen)

- Testung mit 3,- € Eigenanteil**  
 Besuch Veranstaltung  
 Innenraum; zu Person Kontakt  
 über 60 Jahre; zu Person Kontakt  
 mit Vorerkrankung/Behinderung  
 (§ 4a Absatz 1 Nummer 6, TestV)
- CWA Meldung erhöhtes Risiko**  
 (§ 4a Absatz 1 Nummer 7, TestV)

Eigenanteil kassiert	Signum MA Testzentrum
ja / nein	_____
ja / nein	_____

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift zu testende Person / gesetzl. Vertretung

Bitte Rückseite beachten!

**Von Teststelle auszufüllen:**

**Anspruch auf kostenfreie Testung – nur nach Vorlage eines Nachweises**

(ohne Eigenanteil, lt. gültiger Testverordnung):

	<b>Grund für kostenfreie Testung</b>	<b>Einsicht genommen</b>	<b>Signum MA Testzentrum</b>
<input type="checkbox"/>	bis vollendetes 5. Lebensjahr (§ 4a Absatz 1 Nummer 1, TestV)	ja / nein	_____
<input type="checkbox"/>	Ärztliche Kontraindikation gegen eine Coronaschutzimpfung innerhalb der letzten 3 Monate; Schwangerschaft – 1. Schwangerschaftsdrittel (§ 4a Absatz 1 Nummer 2, TestV)	ja / nein	_____
<input type="checkbox"/>	Teilnehmer klinischer Studie oder Teilnehmer an klinischer Studie innerhalb der letzten 3 Monate (§ 4a Absatz 1 Nummer 3, TestV)	ja / nein	_____
<input type="checkbox"/>	Erforderliche Freitesting nach nachgewiesener Infektion mit SARS- CoV-2 (§ 4a Absatz 1 Nummer 4, TestV)	ja / nein	_____
<input type="checkbox"/>	Unterbringung oder Besuch nach § 4 Absatz 1 Nummer 5, TestV	ja / nein	_____
<input type="checkbox"/>	Leistungsberechtigte nach § 29, SGB IX (§ 4a Absatz 1 Nummer 8, TestV)	ja / nein	_____
<input type="checkbox"/>	Pflegepersonen nach § 19, SGB XI (§ 4a Absatz 1 Nummer 9, TestV)	ja / nein	_____
<input type="checkbox"/>	Haushaltsangehörige von SARS-CoV- 2 Infizierten (§ 4a Absatz 1 Nummer 10, TestV)	ja / nein	_____