

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.

Ort, Datum

Unterschrift zu testende Person / gesetzl. Vertretung

Von Teststelle auszufüllen:

Anspruch auf kostenfreie Testung – nur nach Vorlage eines Nachweises

(lt. gültiger Testverordnung):

Grund für kostenfreie Testung	Einsicht genommen	Signum MA Testzentrum
<input type="checkbox"/> Erforderliche Freitestung nach nachgewiesener Infektion mit SARS-CoV-2 (§ 4a Absatz 1 Nummer 4, TestV)	ja / nein	_____
<input type="checkbox"/> Unterbringung oder Besuch nach § (4a Absatz 1 Nummer 1, TestV)	ja / nein	_____
<input type="checkbox"/> Leistungsberechtigte nach § 29, SGB IX (§ 4a Absatz 1 Nummer 2, TestV)	ja / nein	_____
<input type="checkbox"/> Pflegepersonen nach § 19, SGB XI (§ 4a Absatz 1 Nummer 3, TestV)	ja / nein	_____
<input type="checkbox"/> Personen, bei denen in letzten 14 Tagen eine Infektion nachgewiesen; asymptomatische Kontaktpersonen (§ 2 Absatz 1 Nr. 1 und 2, TestV)	ja / nein	_____
<input type="checkbox"/> Anderer kostenfreier Testgrund (lt. TestV)	ja / nein	_____

Test vollständig als Selbstzahler
(z.Bsp. bei Reisen, andere als oben genannte)

15,00 €
Eigenbeteiligung
kassiert

Signum MA