

---

Name, Geb.Datum

---

Anschrift

## **Einwilligungserklärung und Information über die Erhebung personenbezogener Daten zur Durchführung eines SARS-CoV-2 Antigen-Schnelltest**

Um die Verbreitung der Erkrankung COVID-19 einzudämmen wird ein SARS-CoV-2 Antigen-Schnelltestangeboten, um festzustellen, ob eine akute COVID-19-Infektion vorliegt. Die Teilnahme an der Testung ist freiwillig und kostenlos.

Bei der Testperson wird eine risikoarme Untersuchung in Form eines Nasen-Rachen-Abstrich durchgeführt.

Die Durchführung der Tests erfolgt durch fachlich qualifiziertes und geschultes Personal.

**Sollte das Testergebnis positiv ausfallen, melden Sie sich bitte umgehend bei Ihrem für Sie zuständigen Gesundheitsamt.**

Folgende Daten werden dokumentiert:

- Vor-, Zuname
- Geburtsdatum
- Anschrift
- Telefonnummer
- Name der Einrichtung
- Angaben zur Untersuchung (Untersuchungsart, Datum)
- Testergebnis

### **Einwilligung:**

Hiermit willige ich / willigen wir in die Durchführung des Tests ein. Die Verarbeitung der oben genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Feststellung einer etwaigen COVID-19-Infektion und im Weiteren zur Verhinderung der Ausbreitung dieser Krankheit habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die testdurchführende Stelle nach § 8 i.V.m. § 7 IfSG im Falle einer positiven Testung das Gesundheitsamt über das Testergebnis namentlich und unverzüglich informieren muss.

Telefonnummer oder E-Mail der Testperson:  
(sofern nicht bei der Anmeldung erfolgt)

---

Datum/Unterschrift der Testperson:

Datum/Unterschrift/Stempel DRK-KV

---

*Uhrzeit Testung:*

*Bescheinigung:*

Seite 1/1

Ja     Nein