

# Corona Schnelltest Anmeldeformular

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Handy /Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## ANMELDUNG BEI FOLGENDEN APPS ANONYM GEWÜNSCHT

CORONA WARN APP	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	LUCA WARN APP	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
-----------------	---	---------------	---

## Ich versichere symptomfrei zu sein.

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche oder hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen Symptome: wie Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Seit wann? _____
2. Hatten Sie Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten oder mit einer Person die unter Verdacht steht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erfolgt die Probenentnahme abhängig vom eingesetzten Test-Kit durch die jeweils vorgeschriebene Entnahmemethode. Diese Entnahme kann z.B. durch einen Abstrich unter Zuhilfenahme eines Wattestäbchens von den vorderen bzw. hinteren Nasenschleimhäuten oder dem Rachen sowie durch einen Spucktest erfolgen. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen. Bitte haben Sie Verständnis, dass aus Grund der eingeschränkten Verfügbarkeit der Test-Kits keine Entnahme-Methode garantiert werden kann. Ist der Antigentest positiv, sollte der Getestete unverzüglich einen PCRTTest durchführen lassen und sich in eigenverantwortliche Selbstisolation begeben. Im Falle eines positiven Testergebnisses ist der Betreiber des Testcenters verpflichtet, das Testergebnis namentlich dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden. Ein negatives Testergebnis bedeutet nicht, dass eine COVID-19-Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Das Ergebnis stellt lediglich den Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung dar.

Hiermit willige ich ein, dass meine Daten zum Zwecke der Nachverfolgung und Abrechnung aufbewahrt werden. Ihre Daten werden nur von Beschäftigten verarbeitet, welche für die entsprechenden Aufgabenerfüllungen zuständig und auf Vertraulichkeit verpflichtet sind. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nur, soweit dies aus gesetzlichen Verpflichtungen erforderlich ist, beispielsweise nach den Vorschriften des § 7 Infektions-schutzgesetzes (IfSG) an die zuständigen Behörden. **Speicherung der Daten** Ihre Einverständniserklärung und die Dokumentation der Tests bewahren wir zu Zwecken der Nachweisführung solange auf, wie Testungen in der testenden Stelle erforderlich sind, mindestens jedoch für 2 Monate. Die Proben werden nach Durchführung und Ergebnisfeststellung vernichtet und entsorgt. Ich habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test sowie die Datenschutzinformation gelesen und stimme der Durchführung zu. Mir sind die Bezahlmodalitäten bzw. mein Anspruch auf kostenlose Tests bekannt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben und Daten die im Anmeldeprozess zum Zeitpunkt der Anmeldung hinterlegt wurden, wahrheitsgemäß und richtig sind. Zudem verpflichte ich mich, sollten sich zwischen Anmeldung und Durchführung des Tests Angaben, insbesondere auf den eigenen Gesundheitszustand, verändert haben, dies vor dem Test mitzuteilen. Darüber hinaus bestätige ich mit meiner Unterschrift dass der Test durchgeführt worden ist oder zeitnah durchgeführt wird.

**Nieüll, den .....**  
**Unterschrift Patient / Ort, Datum Unterschrift (Vor- und Zuname)**

Tester Jörg Dominke \_\_\_\_\_

**Bitte füllen Sie dieses Formular gründlich aus! BITTE LESERLICH !**

**ONLINE BUCHUNG WWW.TESTSH.DE**