

## Einwilligungserklärung zur Durchführung eines COVID-19 Antigen-Schnelltests

LFD:

Datum:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

E-Mail:

Telefon:

Einrichtung:

### Berechtigungsschein vorhanden?

Ja

Nein

### Testergebnis

Positiv

Negativ

**1.** Ich bin darüber informiert, dass der Antigen-Schnelltest freiwillig ist und durch einen Abstrich mittels eines in die Nase eingeführten Wattestäbchens genommen wird. Mir ist bewusst, dass es auch bei sorgfältiger Durchführung in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichtes Nasenbluten oder Reizungen kommen kann. Ich willige in diesem Bewusstsein ein, dass der Antigen-Schnelltest bei mir durchgeführt wird.

**2.** Im Falle eines positiven Testergebnisses begeben sich umgehend in häusliche Absonderung und bin darüber informiert, dass Antigen-Schnelltests auch falsch positive Ergebnisse anzeigen können. Aus diesem Grund sollte das Ergebnis mittels PCR-Testung bestätigt werden. Entsprechende PCR-Testungen führen die Corona-Schwerpunktpraxen oder Testzentren durch.

**3.** Im Falle eines positiven Testergebnisses werde ich unverzüglich persönlich, telefonisch oder per Mail informiert.

**4.** Ich bin darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten in der Praxis von Fr. Dr. Kerstin Moll, Münzgasse 29, 78462 Konstanz verbleiben und keine Weitergabe der Daten stattfindet und entsprechend der gesetzlichen Regelungen wieder gelöscht werden. Die Abrechnung mit dem Land Baden-Württemberg erfolgt anonymisiert.

**5.** Mir ist bekannt, dass ein negatives Schnelltestergebnis eine Infektion mit SARS-CoV-2 nicht sicher ausschließen kann, sondern eine Momentaufnahme des Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung darstellt. Die Regeln zum Gesundheitsschutz, wie z.B. Abstand, Hygiene, med. Maske tragen und lüften, sind weiterhin einzuhalten.

Mit der Durchführung des Schnelltests auf COVID-19 bin ich einverstanden und bestätige dies durch meine Unterschrift

Konstanz, den

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift