

Einverständniserklärung zur Durchführung eines PoC-Antigen-Tests

Ausführende Stelle:

STADT APOTHEKE WURZEN

Apothekerin Ines Wegner e.K.,

Domgasse 1, 04808 Wurzen



Telefon: 03425-920071, Fax: 03425-925763, E-Mail: stadt-apotheke-wurzen@freenet.de

PoC-Antigen-Tests (Point-of-Care-Antigen-Tests) sollen genutzt werden, um zeitnahe Ergebnisse über das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu erhalten und die Gefahr der Ausbreitung des SARS-CoV-2 Virus zu reduzieren respektive zu verhindern.

Der PoC-Antigen-Test ist für mich 1x je Woche kostenfrei. Eine Verpflichtung zur Testung besteht nicht, ich möchte mich freiwillig testen lassen. Die Durchführung der Testung erfolgt durch geschultes Personal mittels eines Nasen-Rachenabstrichs. Das Ergebnis liegt in der Regel nach ca. 15 Minuten vor.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass im Falle einer positiven Testung das Gesundheitsamt über das Testergebnis namentlich und unverzüglich informiert werden muss. Weiterhin versichere ich, dass ich mich im Falle einer positiven Testung unverzüglich und ohne Umwege in häusliche Quarantäne begeben werde. In einem Informationsgespräch wurde ich über die Durchführung und die Risiken der Testung aufgeklärt.

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Durchführung einer PoC-Antigen-Testung nach den Vorschriften der „Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung –TestV)“ in der geltenden Fassung gegenüber der ausführenden Stelle.

Mein Einverständnis kann ich jederzeit und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf meines Einverständnisses wird die Rechtmäßigkeit, der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Vor- und Zuname: _____

(Druckbuchstaben)

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Ort/ Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname)