

## **Einverständniserklärung**

<b>Name:</b>	
<b>Anschrift:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Telefonnummer:</b>	
<b>E-Mail:</b>	

Hiermit erteile ich die ausdrückliche Einwilligung zur Durchführung eines Abstrichs im vorderen Nasenbereich (Anterio-nasaler Abstrich), im Rachen (Oropharyngealer Abstrich) oder auf der Zunge mit anschließendem Antigen-Schnelltest zum Nachweis einer akuten COVID-19-Erkrankung/Infektion mit SARS-CoV-2.

Zur Durchführung des geplanten Tests zum Nachweis einer akuten SARS-CoV-2-Infektion/COVID-19-Erkrankung ist zunächst die Entnahme von Untersuchungsmaterial erforderlich. Dies erfolgt mittels eines Abstrichs in der Nase, im Rachen oder als Speichel-probe durch Abstrich von der Zunge. Der Abstrich erfolgt regelhaft durch geschultes Personal. Das Ergebnis liegt in der Regel nach ungefähr 15 - 20 Minuten vor. Diese Entnahme ist in den meisten Fällen medizinisch unbedenklich. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in seltenen Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen. Folgende Unannehmlichkeiten/Risiken können – je nach Art der Probeentnahme - auftreten:

- Reizung der Nasenschleimhäute
- Würgereiz
- Blutungen im Entnahme-Raum
- Atemnot/Atembeklemmungen
- Niesen/Husten/Verschlucken

Im Anschluss an die Entnahme des Untersuchungsmaterials wird noch vor Ort ein Antigen-Schnelltest mit Auswertung des Ergebnisses durchgeführt. Die Mitteilung des Ergebnisses erfolgt vorrangig per Corona-Warn-App. Alternativ ist die Mitteilung auch per E-Mail oder vor Ort möglich. Nach derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen ist es möglich, dass die getestete Person trotz eines negativen Tests Infektios sein könnte.

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. Eine weitere Zustimmung meinerseits ist hierfür nicht erforderlich. Die bei den Untersuchungen erhobenen personenbezogenen Daten dürfen nur für Zwecke des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) verarbeitet und genutzt werden (entsprechend § 25 Abs. 3 Satz 4 IfSG). Ich habe den vorstehenden Text sowie die Hinweise zur Datenverarbeitung gelesen, verstanden und akzeptiert. Durch die Unterzeichnung dieses Dokumentes erkläre ich mich mit der geplanten Untersuchung und der hierfür erforderlichen Proben-Entnahme einverstanden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Gelegenheit hatte, Antworten auf alle meine Fragen zu erhalten und mir vor der Einwilligung ausreichend Bedenkzeit eingeräumt worden ist.

- Ich bin mit der Datenschutzvereinbarung einverstanden. Ich bestätige außerdem keine Symptome einer Covid19-Infektion zu haben: wie z.B. Fieber, Erkältungssymptome, Verlust des Geschmack- u. Geruchsinnes.

Bitte zutreffende Felder ankreuzen!

- Namentliche Übertragung der Daten an die Corona-Warn-App**  
Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zum Übermitteln des Testergebnisses und meines pseudonymen Codes an das Serversystem des RKI, damit ich mein Testergebnis mit der Corona-Warn-App abrufen kann. Ich willige außerdem in die Übermittlung meines Namens und Geburtsdatums an die App ein, damit mein Testergebnis in der App als namentlicher Testnachweis angezeigt werden kann. Hinweise zum Datenschutz wurden mir bereitgestellt.
- Nicht-Namentliche Übertragung der Daten an die Corona-Warn-App**  
Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zum Übermitteln meines Testergebnisses und meines pseudonymen Codes an das Serversystem des RKI, damit ich mein Testergebnis mit der Corona-Warn-App abrufen kann. Das Testergebnis in der App kann hierbei nicht als namentlicher Testnachweis verwendet werden. Hinweise zum Datenschutz wurden mir bereitgestellt.
- Keine Übertragung der Daten an die Corona-Warn-App**
- Mitteilung des Ergebnisses per E-Mail – als PDF unverschlüsselt**
- Ich benötige einen kostenpflichtigen Test**
- Ich bin von der Kostenpflicht befreit und eine Bescheinigung liegt vor**

.....  
*Name, Vorname, Datum, Ort*

(bei Minderjährigen – Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

---

**Hiermit bestätige ich, dass ich von der Kostenpflicht zur Durchführung eines Bürger – Corona Schnelltests befreit bin. Eine Bescheinigung lege ich vor (Pflicht)**

- Alter bis 18 Jahre (generell befreit bis 31.12.2021)**
- Schwangerschaft/Mutterpass (generell befreit bis 31.12.2021)**
- Aufgrund eines Zertifikats/einer Bescheinigung:**

Datum der Bescheinigung:

\_\_\_\_\_

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung:

\_\_\_\_\_

Ausstellende Stelle/Praxis, etc.:

\_\_\_\_\_

Name der ausstellenden Person:

\_\_\_\_\_

Adresse der Ausstellenden  
Stelle/Person:

\_\_\_\_\_

.....  
*Name, Vorname, Datum, Ort*

(bei Minderjährigen – Unterschrift des Erziehungsberechtigten)