

Einverständniserklärung zur PoC-Antigen-Testung

Nachname, Vorname:
(Druckbuchstaben)

Anschrift:
(Straße, PLZ, Ort)

Bis auf schriftlichen Widerruf erteile ich hiermit mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung.

Ich wurde über die Durchführung, die Risiken und die Speicherung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit der Testung (Durchführung und Abrechnung) aufgeklärt.

Ich wurde über die Meldepflicht an das Gesundheitsamt sowie die erforderliche Nachtestung mittels PCR-Test im Falle eines positiven Ergebnisses informiert. Die Nachtestung ist durch mich (Besucher/-in, Beschäftigte/r) selbst über den Hausarzt/die Hausärztin zu organisieren.

Weiterhin wurde ich über die Pflicht zur unverzüglichen häuslichen Absonderung bzw. zur Absonderung innerhalb der Einrichtung im Falle eines positiven Testergebnisses informiert.

Ort/ Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname)

Ort/ Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter (Vor- und Zuname)