

Durchführung eines freiwilligen SARS-CoV-2 Antigentests



→ Für jede Person muss ein eigenes Formular ausgefüllt werden! ←

<p>Der Test ist ausschließlich für Personen ohne aktuelle Corona-Symptome gedacht. Personen mit entsprechenden Symptomen (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns) dürfen hier nicht getestet werden und müssen sich an eine Corona-Schwerpunktpraxis wenden. Mit Ihrer Unterschrift unten bestätigen Sie, dass Sie, bzw. die zu testende Person derzeit keine Corona-Symptome haben!</p>		
<input type="checkbox"/>	<p>Ja, ich möchte, dass bei mir mittels eines Antigen-Schnelltests getestet wird, ob bei mir eine Infektion mit SARS-CoV-2 vorliegt.</p>	
<input type="checkbox"/>	<p>Ja, ich möchte, dass bei meinem minderjährigen Kind mittels eines Antigen-Schnelltests getestet wird, ob bei ihm/ihr eine Infektion mit SARS-CoV-2 vorliegt.</p>	
<p>Mir ist das Risiko bekannt, dass es durch das Teststäbchen zu leichten oberflächlichen Reizungen oder kleineren Verletzungen der Schleimhäute kommen kann.</p>		
<p>Mir ist bewusst, dass im Falle eines positiven Testergebnisses eine gesetzliche Meldepflicht des Testenden gegenüber dem jeweils zuständigen Gesundheitsamt besteht.</p>		
▶	Name	Vorname
▶	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	
		Geburtsdatum
▶	Telefonnummer	

Hinweise zum Datenschutz:

Die hier erfassten Daten werden zur Ausstellung der Test-Bescheinigung sowie zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung elektronisch und auch in Papierform gespeichert. Im Rahmen der Abrechnung werden die Daten an die Kassenärztliche Vereinigung weitergegeben. Dabei wird durch entsprechende technische und organisatorische Maßnahmen sichergestellt, dass keine weiteren Personen Zugriff auf die Daten haben. Es werden ausschließlich die auf der Bescheinigung abgedruckten Daten gespeichert, darüber hinaus werden keine weiteren Daten erhoben. Ihre Daten werden nach erfolgter Abrechnung entsprechend der gesetzlichen Regelungen gelöscht.

Sollten Sie mit einer Speicherung Ihrer Daten nicht einverstanden sein, informieren Sie uns bitte direkt. Bitte beachten Sie jedoch, dass in diesem Fall der Test nicht durchgeführt werden kann.

Im Falle eines positiven Testergebnisses werden die Daten an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben.

<p>Ich willige in die Durchführung des Tests ein und habe die oben angegebenen Hinweise zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.</p>		
▶	Datum	Unterschrift (Bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte)
		X