

## Einwilligungserklärung über die Durchführung eines Antigen-Schnelltests

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-datum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Die Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 werden durch das geschulte Personal der Einrichtung:

Möwen Apotheke, Strandstraße 30 in 17449 Karlshagen \_\_\_\_\_ durchgeführt.

Name und Anschrift der testenden Einrichtung

### Bei der o.g. zu testenden Person trifft Folgendes zu:

- Bluterkrankheit: Abstrich ist nur im Rachenraum / im vorderen Nasenbereich durchzuführen
- Einnahme gerinnungshemmender Arzneimittel (z.B. Marcumar, ASS, Xarelto): Abstrich ist nur im Rachenraum / im vorderen Nasenbereich durchzuführen.
- Sonstige nasopharyngeale Einschränkungen: Abstrich ist nur im Rachenraum / im vorderen Nasenbereich durchzuführen.

### Einwilligungserklärung

Hiermit erteile ich meine Einwilligung zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung. Ich wurde in einem Informationsgespräch über die Durchführung, die Risiken und die Datenschutzinformation aufgeklärt und bestätige hiermit, dass ich alles verstanden habe. Die Informationen auf der Rückseite mit den Datenschutzinformationen habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erteile die Einwilligung, dass im Falle eines positiven Testergebnisses die Daten an das Gesundheitsamt übermittelt werden. Wenn die Testung im Rahmen eines Auftrages für ein Unternehmen durchgeführt wird, erteile ich zudem meine Einwilligung, dass das Ergebnis der Testung dem Auftraggeber (meinem Arbeitgeber) zur Verfügung gestellt wird.

Diese Einwilligung gilt bis zum Ende der Pandemie. Ich kann meine Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Die Widerrufserklärung ist an die o.g. testende Einrichtung zu richten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift zu testende Person/ gesetzl. Vertretung