

Einverständniserklärung zur Durchführung von PoC-Antigen-Tests

Ich, _____, geb. am _____, erkläre mich durch Abgabe einer Probe (Abstrich im Mund- und/oder Nasenrachenraum) damit einverstanden, dass diese Probe auf das Vorhandensein von Covid-19 Viren und/oder Antikörper getestet wird. Ich bin mit der Durchführung des Tests durch geschultes Fachpersonal einverstanden. Das Seniorenzentrum Mallinckrothof ist berechtigt, meine personenbezogenen Daten zu verarbeiten (zu speichern), und meine Daten bei positivem Testergebnis an das zuständige Gesundheitsamt zu melden.

- Mir ist bewusst, dass es bei oder nach dem Abstrich, zu Irritationen und Reizungen an der Abstrichstelle kommen kann.
- Mir ist bewusst, dass ein positives Testergebnis in Bezug auf das Vorhandensein von Covid-19 Viren, behördliche Quarantänemaßnahmen nach sich ziehen kann.
- Mir ist bewusst, dass die Analysemethode unrichtige Testergebnisse hervorbringen kann. Ich werde daraus keinerlei Ansprüche gegenüber dem Seniorenzentrum Mallinckrothof ableiten.
- Ich weiß, dass die Teilnahme an den Testungen freiwillig ist und meine Zustimmung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann. Ein Widerruf betrifft jedoch nicht die Vornahme von Testungen durch die Gesundheitsbehörde.

_____, _____
Ort Datum

Unterschrift