

Herr <input type="checkbox"/> Name Frau <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/>	Vorname
Strasse	Wohnort
Geburtsdatum	Telefonnummer

Legitimation durch Lichtbildausweis

- Personalausweis Führerschein
 Reisepass Krankenkassenkarte

Ident Nummer**Ich möchte das Testergebnis**

- als Ausdruck per WhatsApp in die CWA erhalten.

- elektronisch an folg. E-Mail-Adresse

Aufklärung zur Durchführung des PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2

Für die Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 entnehmen wir eine Sekretprobe. Durch die Entnahme der Probe durch einen Abstrich mittels eines in die Nase eingeführten Wattestäbchens kann es auch bei sorgfältiger Durchführung in Einzelfällen zu Verletzungen wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen.

Ist der Antigentest positiv, hat der/die Getestete unverzüglich ein PCR-Test durchführen zu lassen und sich in häusliche Quarantäne zu begeben. Im Falle eines positiven Testergebnisses ist die testende Einrichtung gesetzlich zur namentlichen Meldung an das zuständige Gesundheitsamt verpflichtet.

Ein negatives Testergebnis bedeutet nicht, dass eine COVID-19-Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Das Ergebnis stellt lediglich den Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung dar.

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung

Im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir als testführende Einrichtung personenbezogene Daten von Ihnen. Um gegebenenfalls die unverzügliche Kontaktaufnahme des Gesundheitsamtes mit Ihnen gewährleisten zu können, bitten wir Sie im Rahmen der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2, in die Verarbeitung von folgenden personenbezogenen Daten einzuwilligen: Namen, Anschrift, Geburtsdatum, ggf. E-Mail-Adresse, Ausweisdaten.

Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist Ihre Einwilligung, Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO. Die Bereitstellung Ihrer Daten ist freiwillig und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerruflich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir ohne Ihre Einwilligung zur Erhebung der Daten den Test leider nicht durchführen können. Im Falle eines positiven Testergebnisses sind wir ferner dazu verpflichtet, das zuständige Gesundheitsamt darüber zu informieren und diesem ihre uns vorliegenden persönlichen Daten nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 IfSG weiterzugeben. Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. c), Art. 9 Abs. 2 lit. i) DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. c) BDSG i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG.

Die Daten werden von der testführenden Einrichtung für die Dauer von 4 Wochen gespeichert und danach unwiederbringlich gelöscht, es sei denn, dass gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen oder die Daten zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich sein sollten.

Nach den Art. 15 ff. DSGVO haben Sie das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung sowie in bestimmten Fällen auf Datenübertragbarkeit und Widerspruch, sofern dem keine gesetzlichen Gründe entgegenstehen. Für datenschutzrechtliche Beschwerden können Sie sich an eine Datenschutzaufsichtsbehörde richten. Die obenstehende Einwilligung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Ich habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu. Ich willige in die vorstehende Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ausdrücklich ein. Weiterhin versichere ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind.

Ich habe keine Symptome und daher einen Anspruch auf Bürgertestung nach der aktuell gültigen Corona-Testverordnung.



Datum, Unterschrift getestete Person

Grund der Testung /Selbsterklärung

Kostenloser Bürgertest (0,-€), da	Nachweis durch
<input type="checkbox"/> Kinder unter 5 Jahren	<input type="checkbox"/> Ausweis
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft (in den ersten 3 Mon.)	<input type="checkbox"/> Mutterpass
<input type="checkbox"/> Teilnehmer an SARS-CoV-2-Impfstoff-Studie innerhalb der letzten 3 Mon.	<input type="checkbox"/> Bescheinigung
<input type="checkbox"/> Freitestung aus der Quarantäne	<input type="checkbox"/> positives Testzertifikat
<input type="checkbox"/> Besucher, Personal und Patienten von Vorsorge- o. Rehabilitations-einrichtung (z.B. Kranken-häusern, Pflegeheimen, ..)	<input type="checkbox"/> Bescheinigung <input type="checkbox"/> Versicherung durch Unterschrift
<input type="checkbox"/> Personenkreis nach § 29 SGB: Menschen mit Beeinträchtigungen u. deren Betreuer	<input type="checkbox"/> Bescheinigung <input type="checkbox"/> Versicherung durch Unterschrift
<input type="checkbox"/> Pflegeperson i.S.d. §19 S.1 XI SGB	<input type="checkbox"/> Bescheinigung <input type="checkbox"/> Versicherung durch Unterschrift
<input type="checkbox"/> aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht impfbar	<input type="checkbox"/> Bescheinigung
<input type="checkbox"/> Infizierte Person lebt im selben Haushalt	<input type="checkbox"/> Dokument <input type="checkbox"/> Versicherung durch Unterschrift

Bürgertest mit Eigenanteil von 3,-€, da:	Nachweis durch
<input type="checkbox"/> heutiger Besuch einer Freizeit- veranstaltung in einem Innenraum	<input type="checkbox"/> Dokument <input type="checkbox"/> Versicherung durch Unterschrift
<input type="checkbox"/> heutiger Kontakt zu einer Person, die das 60. Lebensjahr vollendet hat	<input type="checkbox"/> Dokument <input type="checkbox"/> Versicherung durch Unterschrift
<input type="checkbox"/> heutiger Kontakt zu einer Person, die aufgr. Vorerkrankung o. Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an Covid zu erkranken	
<input type="checkbox"/> Rote Warnung in der Corona-Warn- App des RKI	<input type="checkbox"/> Versicherung durch Unterschrift

Selbstzahler 15 € incl. 19% MwSt

Sonstiger Grund: Wenn keiner der o.g. Gründe auf Sie zutrifft, kostet der Test 15,- €.

Ich versichere, dass meine Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind.

X

Datum, Unterschrift getestete Person