

## Einwilligungserklärung zum Antigen-Schnelltest auf SARS-CoV-2

- Bewohner\*in/Gast       Mitarbeiter\*in       Besucher\*in
- Dienstleister/ Andere:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
geboren am

Der Unterzeichner ist mit der individuellen bzw. regelmäßigen Antigen-Schnelltestung auf SARS-CoV-2 für die oben aufgeführte Person einverstanden.

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

\_\_\_\_\_ durchgeführt.

(Nachfolgend Einrichtung genannt)

Bei oben aufgeführter Person trifft folgendes zu:

- Bluterkrankheit  
Abstrich ist nur im Rachenraum durchzuführen
- Einnahme gerinnungshemmender Arzneimittel (z.B. Marcumar, ASS)  
Abstrich ist nur im Rachenraum durchzuführen
- KEINE Bluterkrankheit bzw. Einnahme von gerinnungshemmenden Arzneimitteln  
Abstrich in Nasen- und/oder Rachenraum möglich

Die Kosten der Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 werden von der Einrichtung ausgelegt und durch andere Institutionen refinanziert.

Bei einem positiven Ergebnis:

Der Unterzeichner ist darüber informiert, dass das Testergebnis der oben aufgeführten Person zur Nachtestung mittels PCR- Test von der Einrichtung an das zuständige Gesundheitsamt weitergeleitet werden muss.

Der Unterzeichner ist darüber informiert, dass die Erhebung, Speicherung und Auswertung der Daten der getesteten Person zu Zwecken der Infektionsverfolgung im Rahmen der durch SARS-CoV-2 verursachten Pandemie durch die Einrichtung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben (Coronavirus-Testordnung (TestV) des Landes NRW) erfolgt.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner\*in/  
gesetzliche Vertretung  
Mitarbeiter\*in/  
Besucher\*in: