

**Einverständniserklärung und Klärung der Zulässigkeit eines Abstrichs im Nasen-Rachen-Raum (Nasopharynx) / Rachenraum (Oropharynx) für Tests zum Nachweis von SARS-CoV-2 / COVID-19 nach Coronavirus-Testverordnung (Bürgertestung) mittels PoC Antigentest**

Daten der getesteten Person	
Name *	Vorname *
Anschrift *	Geburtsdatum *
Telefon *	
Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome Wie Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome? *	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt? *	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente, welche stärkere Blutungen auslösen könnten?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Bemerkungen	

**\* Pflichtangaben**

Testungen nach § 4a der Coronavirus-Testverordnung können im Rahmen der Verfügbarkeit von Testkapazitäten mindestens einmal pro Woche in Anspruch genommen werden.

**Informationen zu diesem Dokument:**

Hiermit erteilen Sie uns Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Durchführung eines Abstrichs im Nasen-Rachen-Raum (Nasopharynx) / Rachenraum (Oropharynx) mit anschließendem PoC-Antigen-Schnelltest zwecks Nachweis einer akuten COVID-19-Erkrankung / Infektion mit SARS-CoV-2, sowie zu der hiermit einhergehenden Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, im Sinne von Art 4 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Dazu zählen insbesondere auch solche personenbezogenen Daten, die gemäß Art. 9 Abs. 1 DSGVO einem besonderen Schutz unterliegen (Gesundheitsdaten). So benötigen wir zur Durchführung der Untersuchung gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO Ihre ausdrückliche schriftliche Einwilligung zur Datenverarbeitung.

**Datenschutzinformation:**

Im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir oben aufgeführte Daten. Wir verarbeiten Ihren Namen, Anschrift, Geburtsdatum und Telefonnummer, um im Falle eines positiven Testergebnisses das zuständige Gesundheitsamt darüber zu informieren und diesem Ihre persönlichen Daten nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 IfSG weiterzugeben. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt im gesetzlich vorgegebenen Rahmen gemäß Coronavirus-Testverordnung Ende 2024. Um die unverzügliche Kontaktaufnahme des Gesundheitsamtes mit Ihnen zu gewährleisten, erheben wir die Rufnummer nach Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Die Datenspeicherung dient ebenfalls als Nachweis zu Abrechnungszwecken.

Die Bereitstellung ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne diese als Pflichtfelder markierten Daten können wir den Test jedoch nicht durchführen. Als betroffene Person haben Sie das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten und auf Berichtigung unrichtiger Daten sowie auf Löschung, sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe vorliegt, z.B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Sie haben zudem das Recht auf Datenübertragbarkeit sowie auf Einschränkung der Datenverarbeitung. Ferner haben Sie das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an den Datenschutzbeauftragten der PFLEGE-OASE Ruhla GmbH wenden: Frau Sylvia Kramer, Datenschutz Kramer und Kramer GmbH.

**Entnahme des Untersuchungsmaterials:**

Zur Durchführung des geplanten Tests zwecks Nachweises einer akuten SARS-CoV-2-Infektion / COVID-19-Erkrankung, ist zunächst die Entnahme von Untersuchungsmaterial erforderlich. Dies erfolgt mittels eines Abstrichs im Nasen-Rachen-Raum (Nasopharynx) / Rachenraum (Oropharynx). Der Abstrich erfolgt regelhaft durch geschultes Personal. Diese Entnahme ist in den meisten Fällen medizinisch unbedenklich.

**Unannehmlichkeiten / Risiken können dabei jedoch auftreten:**

Reizung der Nasenschleimhäute, Würgereiz, Blutungen im Entnahmeraum, Atemnot / Atembeklemmungen, Niesen / Husten / Verschlucken

**Ergebnismitteilung:**

Ihr Testergebnis steht nach 15 Minuten fest. Im Falle eines positiven Ergebnisses kontaktieren wir Sie umgehend telefonisch. Sie werden dann aufgefordert, sich unverzüglich in private Quarantäne zu begeben und einen weiteren, für Sie kostenfreien PCR-Test bei Ihrem Arzt zu vereinbaren. Für die Erstellung Ihres Zertifikates benötigen wir etwas Zeit. Bitte haben Sie dafür Verständnis.

**WICHTIG:**

Eine Testdurchführung ist NICHT möglich bei Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Lungenentzündung, Störung des Geschmacks- oder Geruchssinns. Bitte wenden Sie sich in diesen Fällen an Ihren Arzt.

Eine Testdurchführung ist NICHT möglich bei Kindern unter 12 Jahren.

Bitte 15 Minuten vorher nichts essen oder trinken.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Durchführung der freiwilligen Testung ein.

Ort / Datum

rechtsverbindliche Unterschrift / Unterschrift des Erziehungsberechtigten