

## Eigenerklärung zum PoC-Antigen-Schnelltests gemäß §4a Coronavirus-Testverordnung „BürgerTesting“

Hiermit erkläre ich,

--	--	--

Name

Vorname

Geburtsdatum

--

Straße u. Haus.-Nr.

--

Postleitzahl

--

Wohnort

--

Tel:

--

E-Mail-Adresse

dass der von mir heute wahrgenommene PoC-Antigen-Schnelltest meiner Testberechtigung gemäß Corona-Testverordnung, insbesondere gemäß § 4a und § 5 TestV entspricht. Zum Abgleich meiner persönlichen Daten lege ich bei meinem Testtermin ein gültiges Ausweisdokument vor.

Gleichzeitig erkläre mich durch Abgabe einer Probe (Abstrich/Körperflüssigkeit) damit einverstanden, dass diese Probe auf das Vorhandensein von SARS-CoV-2 Viren und/oder Antikörper getestet wird. Ich wünsche ausdrücklich den Test und bin demzufolge mit der Durchführung des Tests einverstanden. Das Testzentrum HP Angela Meyer ist berechtigt, meine personenbezogenen Daten zu verarbeiten (zu speichern), und meine Daten bei positivem Testergebnis an das zuständige Gesundheitsamt zu melden.

Ich bin einverstanden, dass diese Eigenerklärung als Nachweis entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen archiviert wird.

- 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 SARS-CoV-2 Viren, behördliche Maßnahmen (Isolation) nach sich ziehen kann.
- Mir ist bewusst, dass die Analysemethoden unrichtige Testergebnisse hervorbringen kann. Ich werde daraus keinerlei Ansprüche gegenüber dem Testzentrum HP Angela Meyer 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.

Diese Einwilligung gilt bis zum Ende der Pandemie von SARS-CoV-2. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Durch einen Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (§ 11 Abs. 3 DSGVO). Ebenso bleiben gesetzliche Meldepflichten nach dem IfSG von einem Widerruf unberührt. Der Widerruf ist an die testende Einrichtung zu richten.

--

Ort der Testung

--

Datum der Testung

--

Unterschrift

## Fragebogen zu Covid-19 und Einwilligung zur Datenverarbeitung

--	--	--

Name:

Vorname:

Geburtsdatum

1. Haben Sie Erkältungsbeschwerden (Husten Fieber etc?)  ja  nein  
Geschmacks/Geruchsverlust?  ja  nein  
Durchfallerscheinungen?  ja  nein

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person, bei der eine Corona-Erkrankung festgestellt oder vermutet wurde?  ja  nein

3. Waren Sie in den letzten 14 Tagen stationär in einer Gesundheitseinrichtung (Krankenhaus, Reha-Einrichtung, Betreutes Wohnen, Seniorenheim, Pflegeheim)?  ja  nein

4. Falls ja, ist Ihnen bekannt, ob dort im gleichen Zeitraum Personen mit einer Corona-Erkrankung (COVID-19) behandelt wurden?  ja  nein

5. Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten/ kommen Sie aus einem Risikogebiet?  ja  nein

Falls **ja** angekreuzt wurde:

- Angabe Wohn- / oder Reiseort

Zur Gewährleistung der ordnungsgemäßen Durchführung durch das Testzentrum HP Angela Meyer ist die Verarbeitung von personen- und gesundheitsbezogenen Daten notwendig. Als Gesundheitsdaten im Sinne des Datenschutzgesetzes der EKD gelten Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person beziehen, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen

Gesundheitsdaten zählen zu den besonderen Kategorien personenbezogener Daten und dürfen gemäß § 13 Absatz 2 DSGVO nur verarbeitet werden, wenn die betroffene Person ausdrücklich eingewilligt hat. Der Patient/ die Patientin ist darüber informiert, dass er/ sie diese Einwilligungserklärung jederzeit schriftlich oder in Textform und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt. Mit der Unterschrift unter diesem Fragebogen erteilt der Patient/ die Patientin seine/ ihre Einwilligung zur Verarbeitung seiner vorstehend angegebenen Gesundheitsdaten zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Erfüllung.

--

Datum der Testung

--

Unterschrift