

## Einverständniserklärung zur PoC-Antigen-Testung

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_  
(Druckbuchstaben)

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung.**

**Ich wurde über die Durchführung, die Risiken und die Speicherung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit der Testung aufgeklärt.**

**Ich wurde über die Meldepflicht an das Gesundheitsamt sowie die erforderliche Nachtestung mittels PCR-Test im Falle eines positiven Ergebnisses informiert. Die Nachtestung ist durch mich selbst über den Hausarzt/die Hausärztin zu organisieren.**

**Weiterhin wurde ich über die Pflicht zur unverzüglichen häuslichen Absonderung bzw. zur Absonderung innerhalb der Einrichtung im Falle eines positiven Testergebnisses informiert.**

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vor- und Zuname)