

Einwilligung in den PoC-Antigen-Schnelltest auf SARS-CoV-2¹

Informationen zu diesem Dokument

Hiermit erteilen Sie dem BIEKRA-Testzentrum (folgend Betreiber genannt) Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Durchführung eines Abstriches im Nasen-Rachen-Raum mit anschließendem PoC-Antigen-Schnelltest auf 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 (Gesundheitsdaten), die gemäß Art. 9 Abs. 1 DSGVO einen besonderen Schutz unterliegen. Zur Durchführung der Untersuchung gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO benötigt der Betreiber Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Entnahme des Untersuchungsmaterials

Zur Durchführung des geplanten Tests (PoC-Antigen-Schnelltest auf SARS-CoV-2) ist zunächst die Entnahme von Untersuchungsmaterial erforderlich. Dies erfolgt mittels eines Abstrichs im Nasen-Rachen-Raum. Der Abstrich erfolgt regelhaft durch entsprechend medizinisch geschulten Personals. Jene Entnahme ist in den meisten Fällen unbedenklich, doch kann es in Ausnahmefällen zu folgenden Unannehmlichkeiten bzw. Risiken kommen:

- Reizung der Rachenschleimhäute
- Würgereiz
- Blutungen im Entnahmeraum
- Atemnot/Atembeklemmungen
- Niesen/Husten/Verschlucken

Durchführung des Tests:

Im Anschluss an die Entnahme des Untersuchungsmaterials wird noch vor Ort ein PoC-Antigen-Schnelltest durchgeführt. Die Auswertung des Schnelltests sowie die Befundmitteilung erfolgen vor Ort oder per E-Mail. Bitte beachten Sie, dass die Tests keine 100-prozentige Exaktheit erlauben. Ein Testergebnis kann sowohl falsch positiv als auch falsch negativ ausfallen. Gerne informiert Sie das Team des Betreibers über die jeweiligen, von dem Testhersteller angegebenen statistischen Wahrscheinlichkeiten eines falschen Ergebnisses. Die Einwilligungserklärung zu den geplanten Untersuchungen und der hierfür erforderlichen Probenentnahmen wurde verstanden und akzeptiert. Dieses Dokument wird elektronisch erfasst und in elektronischer Form gemäß den Vorgaben des Gesetzgebers gespeichert.

Persönliche Angaben (Gesundheitsdaten):

Bitte in LESERLICH UND IN DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen	
Nachname*	
Vorname*	
Straße u. Haus Nr.*	
PLZ u. Ort*	
Telefon*	
Geburtsdatum*	
Email**	
Personalausweis Nr.**	
Datum und Unterschrift*	

* Pflichtfeld ** nur erforderlich, wenn Zustellung per Email / PA Nummer Notierung auf Bescheinigung erwünscht

<i>Wird von der Teststelle ausgefüllt</i>				
Gewünschte Zustellungsart	ID Nr. Test (letzte 3 Ziffern):			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;">Ausdruck</td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;">E-Mail Bescheinigung</td> <td style="width: 40%; border: 1px solid black; padding: 5px;">Corona Warn-App-Übermittlung</td> </tr> </table>	Ausdruck	E-Mail Bescheinigung	Corona Warn-App-Übermittlung	
Ausdruck	E-Mail Bescheinigung	Corona Warn-App-Übermittlung		

¹ Dieses Dokument gilt aus drucktechnischen Gründen auch ohne Wasserzeichen als QM-seitig freigegeben.

Angaben zur Person (sofern Einwilligung in den PoC-AntigenAntigen-Schnelltest auf SARS-CoV-21umseitig nicht auszufüllen)			
Nachname*			
Vorname*			
Geburtsdatum*			
Gruppe 1): Kostenfreier Covid-19 Antigen Schnelltest			
Kinder unter 5 Jahren (Testung nur in Anwesenheit eines Erziehungsberechtigten oder beauftragten volljährigen dritten möglich)			
Personen, die sich aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht impfen lassen können, bzw. einem Personenkreis angehören, für den die Empfehlung der Stlko nicht gilt (z.B: Schwangere im ersten Trimester)			
Teilnehmende einer klinischen Studie zur Wirksamkeit von Impfstoffen gegen das Corona Virus			
Besucher, Mitarbeitende, Behandelte oder Bewohner einer medizinischen Einrichtung (Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen für ambulante Operationen, Dialysezentren, ambulante Pflege, ambulante Dienste oder stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, ambulante Hospizdienste und Palliativversorgung, sowie Mitarbeitende von Hilfs- und Rettungsdiensten)			
Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach dem § 29 SGB IX Personen beschäftigen, sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines Persönlichen Budgets beschäftigt sind			
Pflegende Angehörige sowie Haushaltsangehörige von nachweislich Infizierten			
(mindestens) eines der genannten Kriterien trifft auf mich zu (zutreffendes bitte ankreuzen)			<input type="checkbox"/>
Gruppe 2) Kostenreduzierter (3 EUR) Covid-19 Antigen Schnelltest (von der Biekra NICHT erhoben)			
Personen die am Tag der Testung eine Veranstaltung in Innenräumen besuchen wollen (z.B: Tanzveranstaltungen, Diskothekenbesuch oder Konzertbesuch)			
Personen, die am Tag der Testung Kontakt zu Personen haben werden, die ein hohes Risiko haben, schwer an Covid-19 zu erkranken (z.B.: Menschen ab 60 Jahren, Menschen mit Behinderung, Menschen mit Vorerkrankungen)			
Personen, die durch die Corona-Warn-App einen Hinweis auf ein erhöhtes Risiko erhalten haben			
(mindestens) eines der genannten Kriterien trifft auf mich zu (zutreffendes bitte ankreuzen)			<input type="checkbox"/>
Hiermit bestätigt die obig genannte Person zu einer der beiden Personengruppen zu zählen. Die unterzeichnende Person erklärt richtige und Wahrheitsgemäße Angaben gemacht zu haben.			
Datum und Unterschrift*			
laut der aktuellen gesetzlichen Vorgaben, ist die Testung im Anschluß an die Durchführung durch die getestete Person zu bestätigen			
Unterschrift*		Uhrzeit der Testung*	(h h : m m)
*Pflichtfeld			