

Einwilligung in den PCR Test 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 Rachen-Raum mit anschließender PCR Testung 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 (RT-PCR-Test auf SARS-CoV-2) ist zunächst die Entnahme von Untersuchungsmaterial erforderlich. Dies erfolgt mittels eines Abstrichs im 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 die entnommene Probe an unser Partner-Labor (HDZ-NRW Bad Oeynhausen, Georgstr. 11, 32545 Bad Oeynhausen). Die Übermittlung des Befundes wird durch das Labor gewährleistet (siehe Merkblatt). Die BIEKRA Krankentransport GmbH ist lediglich als Dienstleister verantwortlich für die Abstrichnahme, die Laboranalyse erfolgt durch das Labor des HDZ, Bad Oeynhausen. Hierfür trägt die BIEKRA keinerlei Verantwortung.

Die Einwilligungserklärung zu den geplanten Untersuchungen und der hierfür erforderlichen Probeentnahmen 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* | |
| Personalausweis Nr.** | |
| Datum und Unterschrift* | |

* Pflichtfeld ** nur erforderlich, wenn PA Nummer Notierung auf Bescheinigung erwünscht

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