

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasalabstrich durchgeführt. Dafür wird die Probe durch einen Abstrich mittels eines in die Nase eingeführten Wattestäbchens genommen. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen, kommen.

Ist der *Antigentest positiv*, hat der Getestete unverzüglich einen PCR-Test durchführen zu lassen und sich in häusliche Quarantäne zu begeben. Im Falle eines positiven Testergebnisses ist die Apotheke verpflichtet dieses Testergebnis namentlich und unter Angabe Ihrer Kontaktdaten dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden. Die Meldeverpflichtung ergibt sich aus dem Infektionsschutzgesetz.

Ein *negatives Testergebnis* bedeutet nicht, dass eine COVID-19-Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Das Ergebnis stellt lediglich den Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung dar.

Der Test kann nur nach Vorliegen des ausgefüllten Fragebogens zur Selbsteinschätzung und der Einverständniserklärung durchgeführt werden.

Erklärung zur Durchführung eines PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2

Ich, _____ (Name, Vorname), geboren am _____

wohnhaft in _____ (Straße),

_____ (PLZ, Ort)

Telefon _____, E-Mail _____ (freiwillig)

habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 sowie die Datenschutzinformationen gelesen und stimme der Durchführung zu.

Testgrund:

oder: Selbstzahler (15,- €)

- Testung von Kontaktpersonen (§ 2 TestV)
- Testung von Personen nach Auftreten von Infektionen in Einrichtungen und Unternehmen (§ 3 TestV)
- Testung zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 4 TestV)
- Testung impfunfähiger und absonderter Personen (§ 4a TestV)

Testgrund siehe Liste vor Ort: 1 (), 2 (), 3 (), 4 (), 5 (), 6 () bitte ankreuzen

Übermittlung Testergebnis:

- Papierform Digitales COVID-19-Testzertifikat nach § 22 Abs. 7 Infektionsschutzgesetz
- Übermittlung an die Corona-Warn-App Datei im pdf-Format per E-Mail

Ort, Datum, Uhrzeit: _____

Unterschrift der getesteten Person bzw.
ihres/r gesetzlichen Vertreters/in

Unterschrift Apothekenmitarbeiter/in

Auszufüllen nach Durchführung des Tests:

Ich bestätige gem. § 7 Abs. 5 Satz 1 Nr. 8 TestV die ordnungsgemäße Durchführung des Tests.

Unterschrift der getesteten Person bzw.
ihres/r gesetzlichen Vertreters/in

Test-ID der PoC-Antigentests: AT 834/21

Testergebnis: positiv negativ