

## **Einverständniserklärung\*** **Datenerfassung Schnelltest/PCR Test**

Name:

Krankenkasse:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

*Bitte halten Sie Ihren Personalausweis und Krankenkassenkarte bereit.*

### **SYMPTOMFREIHEIT**

- Hiermit bestätige ich, dass ich zum Zeitpunkt des Schnelltestes/PCR Testes keinerlei Symptome von Covid-19 habe.  
(Fieber, Geruchs-Geschmacksverlust, trockener Husten, Halsschmerzen)

### **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**

Es wird ein Abstrich im Nasen-/Rachenraum entnommen, dazu wird ein Tupfer benutzt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass es zu Reizungen des Nasen- oder Rachenraumes, zu leichtem Nasenbluten, Augentränen und/oder Würgereiz kommen kann.

Der Test wird nur mit Ihrem Einverständnis und Unterschrift durchgeführt!  
Bitte folgen Sie den Anweisungen des Testteams.

- Einverstanden
- Nicht einverstanden

---

Ort, Datum

Unterschrift der zu testenden Person  
ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

\* Hinweis zur Datenverarbeitung: Wir respektieren Ihre Privatsphäre und verarbeiten personenbezogene Daten im Rahmen des aktuellen Datenschutzrechts nur aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder wenn Sie in die Verarbeitung einwilligen. Sie können jederzeit Auskunft über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten zu Ihrer Person erhalten und Ihre Einwilligung widerrufen. Für die Auskunft oder den Widerruf reicht eine formlose Mitteilung per E-Mail oder per Fax an uns (siehe Rückseite). Wir geben grundsätzlich keine Daten an Dritte weiter, außer im Falle einer gesetzlichen Verpflichtung. Darüber hinaus verweisen wir auf die Datenschutzbestimmungen auf unserer Webseite und den bei uns ausliegenden Auszug der Datenschutzbestimmungen.