

Einverständniserklärung

zur Durchführung von Corona-Tests (SARS-CoV-2) mittels PoC-Antigen-Test durch Mitarbeiter der Häuslichen Krankenpflege Illing

Ich erteile hiermit mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung. Ich habe das „**Aufklärungsblatt zur Durchführung eines PoC – Antigen Test**“ durchgelesen und die Inhalte verstanden.

Ich wurde über die Durchführung, die Risiken und die Speicherung meiner persönlichen Daten aufgeklärt und bin damit Einverstanden.

Über die Meldepflicht an das Gesundheitsamt wurde ich aufgeklärt. Ich weiß darüber Bescheid, dass die Nachtestung mittels PCR Test durch mich (getestete Person) selbst bei meinem Hausarzt/Hausärztin zu organisieren ist.

Über die unverzügliche häusliche Absonderungspflicht bei einem positiven Testergebnis wurde ich hingewiesen.

Mit dieser Einverständniserklärung		
willige ich ein <input type="checkbox"/>	willige ich <u>nicht</u> ein <input type="checkbox"/>	
Name (der zu testenden Person)		
Vorname		Geburtsdatum
ggf. Name Betreuer*in		Vorname Betreuer*in
Wohnanschrift		
Telefon		Email-Adresse (wenn vorhanden)
dass der <i>Pflegedienst Illing</i> bei mir mit der oben beschriebenen Testmethode den PoC-Antigen-Test durchführen kann. Mir ist bekannt, dass bei einem positiven Testergebnis das zuständige Gesundheitsamt über meine Kontaktdaten und das positive Testergebnis des PoC-Antigen-Tests informiert wird.		
Datum	Unterschrift	Name in Druckbuchstaben

Betreuer/-in bzw. Erziehungsberechtigter/-e:

Vor- und Zuname: _____ (Druckbuchstaben)

Ort/ Datum _____

Unterschrift (Vor- und Zuname) _____