

### **Einverständniserklärung für die Durchführung eines PoC-Antigen-Tests**

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sie haben sich für einen PoC-Antigen-Test mittels eines Nasenabstrich mit Schnelldiagnostik angemeldet.

Unser Angebot richtet sich ausschließlich an gesunde bzw. symptomfreie Personen.

Hiermit bestätigen Sie mit Ihrer Anmeldung, dass ...

1. Sie zurzeit keinerlei Symptome wie Husten, Schnupfen, Fieber, Durchfall, Störung des Geruchs- oder Geschmacksinns oder andere zu haben. Zudem dass Sie in den letzten zwei Wochen keinen Kontakt zu einer erkrankten oder einer COVID-19 positiv getesteten Person gehabt zu haben.
2. Sie über den Ablauf eines Nasenabstriches informiert wurden.
3. Der Nasenabstrich mit anschließender PoC Antigen Schnelldiagnostik auf Ihren Wunsch zur Feststellung über eine akut vorliegende Erkrankung mit COVID-19 erfolgt.
4. Sie darüber informiert wurden, dass auch bei einem negativen Ergebnis eine Infektion mit dem SARS-CoV-2 grundsätzlich nicht ausgeschlossen ist
5. Sie alle bisherigen Hygiene- und Schutzmaßnahmen der Einrichtung auf jeden Fall weiter einhalten und durchführen.
6. Sie informiert wurden, dass der Nasenabstrich durch entsprechend qualifiziertes und eingewiesenes medizinisches (nicht-ärztliches) Fachpersonal der Einrichtung erfolgt.
7. Sie darüber informiert wurden, dass die Einrichtung einen positiven Nachweis als Verdacht auf eine Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 lit. t) i.V.m. § 8 Abs. 1 Nr. 5 Infektionsschutzgesetz an die zuständige Behörde (Gesundheitsamt Northeim) namentlich melden muss.
8. Sie ausreichend Gelegenheit für Nachfragen hatten und alle Fragen ausreichend beantwortet wurden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum ,Unterschrift

Sie können die Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.