

## Einverständniserklärung zur PoC-Antigen-Testung

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_  
(Druckbuchstaben)

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(Straße, PLZ, Ort)

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

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

**Bis auf schriftlichen Widerruf erteile ich hiermit mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung.**

**Ich wurde über die Durchführung, die Risiken und die Speicherung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit der Testung (Durchführung und Abrechnung) aufgeklärt.**

**Ich wurde über die Meldepflicht an das Gesundheitsamt sowie die erforderliche Nachtestung mittels PCR-Test im Falle eines positiven Ergebnisses informiert. Die Nachtestung ist durch mich (Besucher/-in, Beschäftigte/r) selbst über den Hausarzt/die Hausärztin zu organisieren.**

**Weiterhin wurde ich über die Pflicht zur unverzüglichen häuslichen Absonderung bzw. zur Absonderung innerhalb der Einrichtung im Falle eines positiven Testergebnisses informiert.**

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vor- und Zuname)

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter (Vor- und Zuname)