



Einwilligungserklärung

zur Durchführung eines Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

e-mail (wenn vorhanden)

Bei mir liegt Folgendes vor: (Bitte ankreuzen)

- Erkrankung mit reduzierter Blutgerinnung
- Einnahme gerinnungshemmender Arzneimittel (z.B. Marcumar, ASS, Plavix...)
- KEINE Erkrankung oder Einnahme mit Auswirkungen auf die Blutgerinnung

Hiermit erteile ich meine Einwilligung zur Durchführung der PoC-Antigen-Schnelltestung.

Ich habe das Informationsblatt über die Durchführung, die Datenschutzinformationen und die Allgemeinen Geschäftsbedingungen erhalten, gelesen und verstanden und erkenne sie vollständig an.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Durch einen Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (§11 Abs. 3 DSGVO). Ebenso bleiben gesetzliche Meldefristen nach dem IfSG von einem Widerruf unberührt. Der Widerruf ist an die testende Einrichtung zu richten.

Westoverledingen, der _____

Unterschrift Testperson / gesetzlicher Vertreter