



COVID-19 Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Name, Vorname, Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten:

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome wie Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome? **Ja** **Nein**
2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber? **Ja** **Nein**
3. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt? **Ja** **Nein**
4. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona- Verdacht besteht? **Ja** **Nein**

Unterschrift der Testperson

Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasopharyngeal- oder Oropharyngealabstrich durchgeführt. Dafür wird die Probe durch einen Abstrich mittels eines in die Nase bzw. Mundes eingeführten Wattestäbchens genommen. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen.

Ist der Antigentest positiv, hat der Getestete unverzüglich ein PCR-Test durchführen zu lassen und sich in häusliche Quarantäne zu begeben.

Im Falle eines positiven Testergebnisses ist das Testzentrum verpflichtet, das Testergebnis namentlich dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden.

Ein negatives Testergebnis bedeutet nicht, dass eine COVID-19-Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Das Ergebnis stellt lediglich den Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung dar.

Erklärung zur Durchführung eines PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2

Ich, _____, geboren am _____,
wohnhaft in _____ (Straße), _____ (PLZ, Ort),
Telefon _____, habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-
Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Testperson

Unterschrift Mitarbeiter des Testzentrums

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in, im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir, die TAB Barth GmbH, Chausseestr.58 in 18356 Barth, als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, um im Falle eines positiven Testergebnisses das zuständige Gesundheitsamt darüber zu informieren und diesem ihre persönlichen Daten nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 IfSG weiterzugeben. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG.

Die Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne diese Angaben können wir den Test jedoch nicht durchführen. Als betroffene Person haben Sie das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten und auf Berichtigung unrichtiger Daten sowie auf Löschung, sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe vorliegt, z.B. wenn Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Sie haben zudem das Recht auf Datenübertragung sowie auf Einschränkung der Datenverarbeitung.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Testperson

Unterschrift Mitarbeiter des Testzentrums

----- **Vom Testzentrum auszufüllen** -----

Die Testperson wurde am _____, um _____
mittels eines Antigenen Schnelltest (Clungene Rapid Test) auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 getestet.

Das Testergebnis war : **negativ; es ergab sich kein Hinweis auf eine Infektion.**
 positiv; bitte beachten Sie die umliegenden Hinweise.

Ort, Datum

Stempel der Einrichtung

Unterschrift Mitarbeiter Testzentrum