



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

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasopharyngealabstrich durchgeführt. Dafür wird die Probe durch einen Abstrich mittels eines in die Nase und in den Rachen eingeführten Wattestäbchens genommen. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen. Ist der Antigen test positiv, hat der Getestete unverzüglich einen PCR-Test durchführen zu lassen und sich in häusliche Quarantäne zu begeben.

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

Ein negatives Testergebnis bedeutet nicht, dass eine Infektion mit SARS-COV-2 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: _____ (Straße), _____ (PLZ, Ort),

Telefon _____, E-Mail (freiwillig) _____

habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu.

Ich verzichte unwiderruflich darauf, gegenüber der Bundesrepublik Deutschland, dem Land Brandenburg, den zuständigen kommunalen Behörden oder der testenden Person Schadensersatz für Schäden geltend zu machen, die im Rahmen der Durchführung der Hilfeleistung, insbesondere durch die Durchführung der Testungen, entstehen können. Ebenso verpflichte ich mich, diesen genannten Personenkreis von entsprechenden Schadensersatzansprüchen Dritter freizuhalten, wenn diese im Zusammenhang mit der Testung geltend gemacht werden sollten. Dies gilt jeweils nicht, wenn die testende Person den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

Ich habe die Hinweise gelesen, verstanden und bin damit einverstanden.

Wustermark, den.....

.....
**Rechtsverbindliche Unterschrift der/des zu
Testenden
(bei Minderjährigen der/des
Personensorgeberechtigten)**



Einwilligung gem. Art. 7 Datenschutz-Grundverordnung

Zur Aufgabenerfüllung im Rahmen der Testung gem. der RVO zum Anspruch auf Testungen zum Vorliegen einer Infektion mit dem SARS-CoV-2 Virus vom 08.03.2021 erlaube ich dem Landkreis Havelland/Gesundheitsamt und dem beauftragten Testzentrum der Gemeinde Wustermark die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu folgendem Zweck:

Erfassung, Verarbeitung und Übermittlung des Testergebnisses gemäß Testbescheinigung

Im Falle einer Datenübermittlung dürfen meine personenbezogenen Daten zu o.g. Zweck an die genannten Empfänger weitergegeben werden:

- Landkreis Havelland / Gesundheitsamt
- Datenerhebendes Testzentrum gemäß Testbescheinigung

Meine Einwilligung in die Datenverarbeitung erfolgt auf freiwilliger Basis. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung in die Datenverarbeitung verweigern kann und mir dadurch keine rechtlichen Nachteile entstehen. Ferner habe ich das Recht meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zum Widerruf wird davon nicht berührt. Die Löschung der Daten bestimmt sich nach Art. 17 DSGVO.

Der Widerruf ist zu richten an: Gemeinde Wustermark
Der Bürgermeister
Hoppenrader Allee 1
14641 Wustermark

Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu den genannten Zwecken ein **und bestätige die Kenntnisnahme der Informationen gem. EU-DSGVO zur Datenverarbeitung** für die Durchführung der Testungen zum Vorliegen einer Infektion mit dem SARS-CoV-2 Virus.

Ohne Angaben der personenbezogenen Daten und ohne Einwilligung zur Verarbeitung der Daten kann der Test nicht durchgeführt werden.

Wustermark, den.....

.....
**Unterschrift der/des zu Testenden,
(bei Minderjährigen der/des
Personensorgeberechtigten)**