

COVID19-Antigen Test Abnahmeprotokoll

 Bitte ausgefüllt zum Schnelltest mitbringen! Eine Information erfolgt **nur** bei einem positiven Befund innerhalb einer Stunde.

Name, Vorname	
PLZ, Wohnort, Straße	
Geburtsdatum	
Telefonnummer (Ergebnis)	

Datenschutzhinweise / Einwilligung

Grund des Testes Bürgertest nach § 4a TestV vom 24.06.2021

Im Rahmen, des vom DRK angebotenen Antigen-Tests im Zusammenhang mit der Eindämmung der Corona-Pandemie (Covid19), nehme ich auf eigenen Wunsch an dem Test teil. In diesem Zusammenhang verzichte ich auf jegliche zivilrechtlichen Haftungs-sowie Schmerzensgeldansprüche gegen das DRK, wie auch gegen, die im Auftrag des DRK handelnden Unternehmen und Personen im Hinblick auf evtl. eintretende Personen-, Sach- und Vermögensschäden.

Ich willige in die in der **Datenschutzinformation** beschriebene Verarbeitung meiner für diese Testung auf SARS-CoV-2 erforderlichen Daten ein. Die Bereitstellung Ihrer Daten erfolgt durch Sie völlig freiwillig.

Hiermit erkläre ich, dass ich die Datenschutzinformationen zur Kenntnis genommen habe und das alle Angaben der Wahrheit entsprechen und rechtsverbindlich sind. Weiter bestätige ich mein Einverständnis zur Erfassung, Speicherung und Verarbeitung der mit dieser Berechtigung erhobenen Daten.

Datenschutzhinweis: Bei SARS-CoV-2 handelt es sich um eine Infektion mit einem nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtigen Krankheitserreger. Im Falle eines positiven Testergebnisses ist die testdurchführende Stelle gemäß § 8 IfSG zur unverzüglichen Meldung an das zuständige Gesundheitsamt verpflichtet. Dies hat gemäß § 9 Abs. 1 IfSG namentlich zu erfolgen und beinhaltet die Weiterleitung der in diesem Vordruck erhobenen personenbezogenen Daten an das zuständige Gesundheitsamt. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 9 Abs. 2 g) Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Diese Bescheinigung ist zugleich das Meldeformular sowie der Nachweis gegenüber dem Kostenträger und wird nach Ablauf der vorgegebenen Frist vernichtet.

Unterschrift (ggf. Erziehungsberchtigte)

Wird an der Teststation ausgefüllt!

Datum

Test-Nr.

Tester (Probenentnahme)		Ablagefeld für Teststreifen	
Auswerter		Test-ID gemäß BfArM: AT526/21 „Clungene Antigen Rapid Test Cassette“	
Protokollant			
Uhrzeit Probenentnahme			
	+ 10 Min./+ 15 Min.		
Uhrzeit Auswertung			
Ergebnis	<input type="checkbox"/> Negativ	<input type="checkbox"/>	Positiv (Fax GA 07571 / 1 02 64 99 erl. <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ungültig		
Weiterleitung zur PCR-Testung	<input type="checkbox"/> Empfohlen	<input type="checkbox"/>	Meldung
	<input type="checkbox"/> Erl. durch DRK (Labor Dr. Brunner KN)		
Mitteilungsweg an getestete Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Testbescheinigung
	<input type="checkbox"/>	Ein amtlicher Lichtbildausweis zum Nachweis der Identität der getesteten Person für die Testung nach § 4a der TesV lag vor	
Datenschutzinformationen wurden ausgehändigt (wenn nicht zutreffend streichen)			
Datum, Stempel, Unterschrift			