

**– zur Vorlage beim Testpersonal –**

**Einverständniserklärung zur Durchführung eines  
PoC-Antigen-Tests**

PoC-Antigen-Tests (Point-of-Care- Antigen-Tests) sollen genutzt werden, um zeitnahe Ergebnisse über das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu erhalten und die Gefahr der Ausbreitung des SARS-CoV-2 Virus zu reduzieren respektive zu verhindern.

Die Durchführung der Testung erfolgt durch geschultes Personal mittels eines Nasen-Rachenabstrichs. Das Ergebnis liegt zumeist nach ungefähr 15 Minuten vor.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass im Falle einer positiven Testung der DRK-Kreisverband Dresden e.V. bzw. deren Mitarbeiter/-innen das Gesundheitsamt über das Testergebnis namentlich und unverzüglich informieren muss.

In einem Informationsgespräch wurde ich über die Durchführung und die Risiken der Testung aufgeklärt.

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Durchführung einer PoC-Antigen-Testung nach den Vorschriften der „Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV)“ in der geltenden Fassung gegenüber dem DRK-Kreisverband Dresden e.V.

Mein Einverständnis kann ich jederzeit und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf meines Einverständnisses wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
(Druckschrift)

E-Mail/Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdaten: am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r