

Uhrzeit der Testung: \_\_\_\_\_

(wird von der Teststelle ausgefüllt)

## **Einverständniserklärung zur Durchführung von PoC-Antigen-Tests**

Ich stimme der Probenentnahme durch einen Abstrich mittels eines in meine Nase eingeführten Wattenstäbchens (Nasopharyngealabstrichs) nach den Vorschriften der "Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung) in der jeweils geltenden Fassung gegenüber der testenden Stelle, Ostsee-Ferienpark Holm GmbH, zu. Mir ist insofern bewusst, dass es hierbei auch bei sorgfältigster Durchführung in seltenen Fällen zu Verletzungen, wie z.B. leichten Blutungen oder Reizungen kommen kann. In diesem Bewusstsein willige ich ausdrücklich ein, dass der Schnelltest wie vorbeschrieben durchgeführt wird.

Das Ergebnis liegt in der Regel nach ungefähr 15 Minuten vor.

Die testdurchführende Stelle muss nach § 8 i. V. m. § 7 IfSG im Falle einer positiven Testung das Gesundheitsamt über das Testergebnis namentlich, mit Kontaktdaten und unverzüglich informieren. Eine weitere Zustimmung meinerseits ist hierfür nicht erforderlich. Ich folge, im Falle einer positiven Testung den Anweisungen des Informationsschreibens für positive Testergebnisse der testenden Stelle sowie der Allgemeinverfügung des Kreises Plön über die Anordnung zur Absonderung (Isolation oder Quarantäne) wegen einer Infektion durch das neuartige Coronavirus (SARS-CoV-2) oder der Einstufung als Kategorie I Kontaktperson in einer geeigneten Häuslichkeit.

**Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung (und ggf. weiteren PoC-Antigen-Testungen) 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 jeweils geltenden Fassung gegenüber der folgenden testenden Stelle:**

testende Stelle

**Ostsee-Ferienpark Holm GmbH, Osterwisch 2, 24217 Schönberg**

**Der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Feststellung einer etwaigen Covid19-Infektion und im Weiteren zur Verhinderung der Ausbreitung dieser Krankheit willige ich ein.**

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.

**Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: wie Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome?**

Ja       Nein

bitte in Druckschrift

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
zur Kontaktnachverfolgung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift (Vor- und Zuname)  
bei minderjährigen Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r