

Einverständniserklärung PCR-Test

Bitte ausdrucken und ausgefüllt zum Test mitbringen!

Name: _____
Vorname: _____
Geb.Datum: _____
Adresse: _____
Tel.Nr.: _____
Email: _____

- Ich erkläre mich durch Abgabe einer Probe (mittels Nasen-Rachenabstrich) damit einverstanden, dass diese auf das Vorhandensein von Covid-19 Viren getestet wird.
- Mir ist bewusst, dass es bei oder nach dem Abstrich, zu Irritationen, Reizungen und in seltenen Fällen zu Blutungen an der Abstrichstelle kommen kann.
- Mir ist bewusst, dass ein positives Testergebnis in Bezug auf das Vorhandensein von Covid-19 Viren bedeutet, dass ich unverzüglich häusliche Quarantäne einhalten muss. Das gilt ebenfalls für Personen, die mit mir in einem Haushalt leben.
- Das DRK ist berechtigt, meine personenbezogenen Daten zu verarbeiten und zu speichern.
- Das DRK ist berechtigt meine Daten bei positivem Testergebnis sofort an das zuständige Gesundheitsamt weiter zu geben.
- Ich weiß, dass die Teilnahme an der Testungen freiwillig ist.
- Mir ist bewusst, dass ich mein Testergebnis am übernächsten Folgetag nach Abstrich vormittags per Email erhalten werde.
- Ich werde keinerlei Ansprüche gegenüber dem DRK ableiten, auch dann nicht, wenn auf Grund verringerter Laborleistungen das Testergebnis nicht innerhalb von 48 h vorliegt.
- Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung des PCR-Tests einverstanden.

Datum

Unterschrift