

Name	Vorname
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	Geburtsdatum <div style="text-align: center;"> _ _ . _ _ . _ _ _ _ (TAG, MONAT, JAHR) </div>
Telefonnummer:	
E-Mail	

Datenschutzhinweise: 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).

Hinweise zum Rapid Antigen Test auf SARS-CoV-2

Bei der Durchführung des Rapid Antigen Test auf SARS-CoV-2 wird ein Nasopharyngealabstrich durchgeführt. Dafür wird die Probe mittels eines in die Nase eingeführten Wattestäbchens genommen. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen. Ist der Antigentest positiv, hat der Getestete unverzüglich ein PCR-Test durchführen zu lassen und sich in häusliche Quarantäne zu begeben. Im Falle eines positivem Testergebnisses wird die Gemeinde Rust, das Testergebnis namentlich dem zuständigen Gesundheitsamt melden. Ein negatives Testergebnis bedeutet nicht, dass eine COVID-19-Infektion sicher ausgeschlossen werden kann.

Das Ergebnis stellt lediglich den Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung

Erklärung zur Durchführung eines Rapid Antigen Test auf SARS-CoV-2

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: wie Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
3. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
4. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Ich habe die oben aufgeführten Hinweise zum Rapid Antigen Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu. Des Weiteren gebe ich mein Einverständnis, dass mir die Testergebnisübermittlung per Mail oder Telefon mitgeteilt wird.

Unterschrift
