



## Einverständniserklärung und Selbstauskunft für die Covid-19-Schnelltestung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung des PoC-Antigen-Tests mittels Rachen- und Nasenabstrich in der Oberen Apotheke Ingolstadt. Das Einverständnis ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Des Weiteren bestätige ich, dass ich derzeit und in den letzten 14 Tagen symptomfrei war (keine grippe-ähnliche Symptome wie Husten, Fieber, Atemnot) und in dieser Zeit keinen Kontakt zu einem bestätigten Corona-Patienten hatte.

Zur Information: Ein negatives Testergebnis bedeutet nicht, dass eine COVID-19-Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Das Ergebnis stellt lediglich den Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung dar. Wenn im Ergebnis ein positiver Befund vorliegt, muss immer ein Kontrollabstrich mittels PCR (Laboruntersuchung) erfolgen. Außerdem erfolgt eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt.

### Einwilligungserklärung in die Verarbeitung meiner Daten:

Die Verarbeitung der obenstehenden Daten ist für die Durchführung der Testungen und die Weiterleitung der Testergebnisse erforderlich und erfolgt gemäß § 6 Nr. 4 DSGVO. Mit meiner Bereitschaft zur Durchführung einer Testung stimme ich der Verarbeitung meiner Daten zu den genannten Zwecken zu. Ohne die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ist die Durchführung einer Testung nicht möglich.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den oben genannten Verarbeitungszwecken einverstanden. Meine Erklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen.

---

Datum, Unterschrift Patient oder gesetzliche Vertretung