

## **Einverständniserklärung für die Durchführung eines Antigen-Schnelltests zum Nachweis des SARS-CoV-2 Virus**

### **zu testende Person:**

Titel:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Straße und Haus-Nr.:

PLZ /Ort:

Land:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden:

mit der Durchführung eines Nasen- Rachenabstriches zur Entnahme von Proben zum Zwecke der Testung auf den Erreger SARS-CoV-2 / COVID-19.

Weiterhin entbinde ich alle in die Untersuchersuchung involvierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der EXPOFIRST GmbH & Co KG von der Schweigepflicht zum Zwecke einer Befundübermittlung an das Gesundheitsamt im Falle eines positiven Testergebnisses.

Bei positivem Befund erfolgt gemäß IfSG § 6. umgehend eine Meldung durch die EXPOFIRST GmbH & CO KG an das zuständige Gesundheitsamt

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Meldungen die laut Infektionsschutzgesetz an die zuständigen Behörden erfolgen müssen, können nicht widerrufen werden.

Diese Corona Teststation wird von der Hausarztpraxis Dr. Müller, Bad Homburg in Kooperation mit der Firma EXPOFIRST GmbH & Co KG betrieben.

Den oberen Text habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich bin ausdrücklich damit einverstanden und gebe meine Zustimmung mit Unterschrift.

Datum

Unterschrift