

## **Einverständniserklärung zur Durchführung eines Corona-Tests**

1. Die Durchführung der Testung erfolgt durch geschultes Personal mittels eines Nasenabstrichs. Dabei wird ein Abstrichtupfer in die Nase eingeführt. Mir ist bewusst, dass es auch bei sorgfältiger Durchführung in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen kann. Ich willige in diesem Bewusstsein ein, dass der Corona-Test bei mir durchgeführt wird.
2. Ich erkläre hiermit, dass ich die Hinweise zum Datenschutz des Testzentrums erhalten und gelesen habe und dem Inhalt zustimme.
3. Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass meine Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) sowie mein Testergebnis gespeichert und im Falle einer positiven Testung an das Gesundheitsamt weitergegeben werden. Eine weitere Zustimmung meinerseits ist nicht erforderlich. Mir ist bekannt, dass meine persönlichen Daten nicht anderweitig verwendet oder weitergegeben werden.
4. Mir ist bekannt, dass ein negatives Testergebnis eine Infektion mit SARS-CoV-2 nicht sicher ausschließen kann, sondern einen Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung darstellt.
5. Ich willige ein, dass mir das Testergebnis als unverschlüsselte PDF-Datei per E-Mail oder per Telefon mitgeteilt wird.
6. Mir ist bewusst, dass ich eine Erstattung durch meine Krankenkasse nicht erwarten kann.

---

Name, Vorname (in Druckbuchstaben)

35091 Cölbe, \_\_\_\_\_

Ort, Datum

---

Unterschrift