

## Einverständnis zur Durchführung eines PoC-Antigen-Schnelltests

Dieses Dokument ist leserlich in Druckbuchstaben auszufüllen.

Hiermit erkläre ich,

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonische Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_,

dass ich einen **kostenpflichtigen** PoC-Antigen-Schnelltest wahrnehme. Zum Abgleich meiner hier eingetragenen persönlichen Daten lege ich bei meinem Testtermin ein gültiges Ausweisdokument vor.

Weiter stimme ich zu, dass im Falle eines positiven Testergebnisses sofort ein Abstrich für einen PCR-Labortest durch das Testzentrum erfolgt und ich mich sofort bis zum Eintreffen eines negativen Laborergebnisses oder bis zu einer Rückmeldung durch das Gesundheitsamt des Landkreises Heidekreis in häusliche Absonderung begeben.

Ich bin einverstanden, dass diese Eigenerklärung als Nachweis entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen archiviert wird.

Ich bin einverstanden, im Falle der Durchführung eines PCR-Labortests, dass meine persönlichen Daten durch das Testzentrum digital erfasst und an das testende Labor übermittelt werden.

Soltau

Ort der Testung

\_\_\_\_\_

Datum der Testung

\_\_\_\_\_

Unterschrift