



Aufklärung, Auskunft und Einwilligung Antigen-Schnelltest SARS-CoV-2

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen

Die oben genannte Person ist über folgende Risiken und Nebenwirkungen, welche im Rahmen eines Antigen-Schnelltests SARS-CoV-2 auftreten können, aufgeklärt worden:

- Ein Nasen-Abstrich oder Rachen-Abstrich ist unangenehm, da das Stäbchen 2 - 4 cm hineingeführt werden muss und ggf. einen Würgereiz auslösen kann.
- Der sterile, weiche Watte-Abstrichträger kann in seltenen Fällen zu einer kleinen oberflächlichen Verletzung im Nasen-Rachen-Raum führen. Diese winzigen Risse sind jedoch harmlos und sind mit einer Zahnfleischverletzung beim Zähneputzen zu vergleichen. Geringe Blutungen, die man dann beobachten kann, verschließen sich nach sehr kurzer Zeit spontan.
- Wenn Sie eine Blutungsneigung, insbesondere durch die Einnahme von Gerinnungshemmern (Antikoagulation mit z. B. Marcumar oder Eliquis) haben, informieren Sie uns bitte darüber. Die Einnahme von Acetylsalicylsäure (ASS), Clopidogrel oder anderen Thrombozytenaggregationshemmern zählen nicht dazu.
- Für weitere Fragen wenden Sie sich gerne an unsere Mitarbeiter. Wir unterstützen Sie gerne bei der telefonischen Kontaktierung eines Arztes.

Auskunft und Mitteilung

Personenbezogene Daten werden gemäß den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die Gemeinde Oberpleichfeld statistische Daten zu informativen Zwecken an das Amt für Brand – und Katastrophenschutz, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, weitergeben darf. Die Datenschutzbelehrung habe ich digital erhalten.

Einwilligung

Ich bin mit der Durchführung des Antigen-Schnelltests SARS-CoV-2 durch nichtärztliches, geschultes Personal einverstanden. Bei Kindern setzen wir eine Akzeptanz der Durchführung voraus, es besteht jedoch kein Anspruch auf Durchführung und Auswahl des Schnelltests. Ebenfalls als Einwilligungserklärung, wenn Ihr Kind alleine kommt. Unterschrift von allen Erziehungsberechtigten werden benötigt. Laut Testverordnung vom 21.09.2021 und 12.11.2021 führen wir nur kostenfreie Tests nach §2, §3, §4 und §4a und Bürgertests durch. Sie bestätigen den Anspruch mit Ihrer Unterschrift und sind zur Wahrheit verpflichtet und können ggf. haftbar bei Unwahrheit gemacht werden.

Grund der Testung (bitte **Nachweis** mitführen!)

§2 Testungen von Kontaktpersonen Kat.1 /Anzeige in Corona Warn App..... Ja () Nein ()
§3 Testungen nach Auftreten in Einrichtungen und Unternehmen..... Ja () Nein ()

§4/§4a Verhütung und impfunfähigen Personen

-Ich habe das 12 Lebensjahr noch nicht vollendet (+ 3 Monate).....Ja () Nein ()
-Ich habe eine medizinische Kontraindikation mit ärztlichem Nachweis..... Ja () Nein ()
-Zum Zeitpunkt der Testung unter 18 Jahre (gültig bis 31.12.2021)..... Ja () Nein ()
-zum Zeitpunkt der Testung Schwanger (Nachweis mittels Mutterpass)..... Ja () Nein ()
-Beendigung der Absonderung nach Infektion (Quarantäne)..... Ja () Nein ()
-Stillende und "vormals Schwangere bis 10.12.2021 gültig (Nachweis mittels Mutterpass) Ja () Nein ()
-Besuch von Pflege- und Behinderteneinrichtungen mittels Berechtigungsschein..... Ja () Nein ()
-Bürgertestung für Bundesbürger November 2021 mit Nachweis.....Ja () Nein ()

Ich möchte das Ergebnis personalisiert an die Corona-Warn-App übermitteln... Ja () Nein ()

Oberpleichfeld, den _____ x _____
Unterschrift

Ich bestätige die Durchführung x _____
Unterschrift