

Erklärung zur Durchführung eines PoC-NAT-/PCR-Test auf SARS-CoV-2



Körpertemperatur:	Interne Test-ID:
-------------------	------------------

Hinweise zum PCR/ NAT-Test

Bei der Durchführung des PCR/NAT-Test auf SARS-CoV-2 wird ein vorderer Nasenabstrich durchgeführt. Dafür wird die Probe durch einen Abstrich mittels eines in die Nase eingeführten Wattestäbchens genommen. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen.

Ist der Test positiv, hat sich der Getestete unverzüglich in häusliche Quarantäne zu begeben. Im Falle eines positiven Testergebnisses ist die Apotheke verpflichtet, das Testergebnis namentlich und unter Angabe der Kontaktdaten, inkl. Telefonnummer, dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden. Die Meldeverpflichtung ergibt sich aus dem Infektionsschutzgesetz.

Der Test kann nur nach der Angabe Ihrer persönlichen Daten sowie der nachfolgend unterzeichneten Einverständniserklärung durchgeführt werden.

Name, Vorname*: _____

Geburtsdatum*: _____

Straße*: _____

PLZ / Wohnort*: _____

Telefon*: _____

E-Mail: _____

<p>*Pflichtfeld, bitte beachten Sie die Datenschutz- Informationen zur Einverständniserklärung!</p>

Die Übermittlung meines Testergebnisses soll auf folgendem Wege erfolgen:

- Papierform (auf eine elektronische Erfassung meiner persönlichen Daten verzichte ich)
- Datei im pdf-Format per E-Mail

<p>Ausweiskontrolle wurde durchgeführt</p> <p>.....</p> <p>Unterschrift des überprüfenden Mitarbeiters</p>
--

Einverständniserklärung zur Durchführung eines PoC-NAT-PCR-Tests auf SARS-CoV-2 durch geschultes Personal der Wartburg Apotheke, Nordplatz 23, 99817 Eisenach

Ich habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-NAT-PCR-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu.

Weiterhin bestätige ich mit meiner Unterzeichnung der Einverständniserklärung, die Richtigkeit meiner persönlichen Daten und die Datenschutzinformation im Aushang der Apotheke gelesen zu haben und stimme dieser zu.

<p>Ich bestätige die ordnungsgemäße Durchführung des Tests. (nach Testdurchführung unterschreiben)</p> <p>.....</p> <p>Unterschrift Testperson bzw. gesetzl. Vertreter</p>
--

Eisenach,

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift **Testperson** bzw. gesetzl. Vertreter

Unterschrift Testpersonal/Apotheker/in

Selbstauskunft über Anspruch auf kostenlosen Test

- Anspruch auf kostenlosen Test haben:

	Personengruppe	Nachweis	Geprüft (MA-Kürzel)
1	Positiver Antigen-Schnelltest	Bitte Nachweis vorlegen!	
2	<p>Wenn in einer Einrichtung des Gesundheitswesens oder einer vergleichbaren Einrichtung außerhalb der regulären Krankenversorgung eine mit SARS-CoV-2 infizierte Person festgestellt wurde, Personen, die sich in den letzten 14 Tagen in den betroffenen Bereichen der Einrichtung aufgehalten haben.</p> <p>Dies gilt zum Beispiel für Einrichtungen, wie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schulen, Kindertagesstätten • Asylbewerberheime, Erstaufnahmeeinrichtungen, Notunterkünfte • Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen für ambulante Operationen, Dialysezentren, ambulante Hospizdienste und Palliativversorgung • ambulante Pflege, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe, Tageskliniken 	Bitte Nachweis vorlegen!	
3	<p>Termin in einer Gesundheitlichen Einrichtung, wenn diese einen PCR/ Nat-Test verlangt, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitationseinrichtungen, Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulante Operationen, Hospiz, ambulante Pflege • stationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Dialysezentren, Tageskliniken • Dienste der Eingliederungshilfe, Obdachlosenunterkünfte • Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern 	Bitte Nachweis vorlegen!	

Hiermit bestätige ich, dass ich zu der oben genannten Personengruppe unter Punkt gehöre und meine Angabe und Nachweise der Wahrheit entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift **Testperson** bzw. gesetzlicher Vertreter