

Einrichtung/ Firma:

## **Einverständniserklärung zur PoC-Antigen-Testung**

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_  
(Druckbuchstaben)

**Bis auf schriftlichen Widerruf erteile ich hiermit mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung sowie zu den im Rahmen des Testkonzepts der Einrichtung /des Dienstes vorgesehenen Wiederholungen dieser Diagnostik.**

**Ich wurde über die Durchführung, die Risiken und die Speicherung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit der Testung aufgeklärt.**

**Ich wurde über die Meldepflicht an das Gesundheitsamt sowie die erforderliche Nachtestung mittels PCR-Test im Falle eines positiven Ergebnisses informiert. Die Nachtestung ist durch mich (Besucher/-in, Beschäftigte/r) selbst über den Hausarzt/die Hausärztin zu organisieren.**

**Weiterhin wurde ich über die Pflicht zur unverzüglichen häuslichen Absonderung bzw. zur Absonderung innerhalb der Einrichtung im Falle eines positiven Testergebnisses informiert.**

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vor- und Zuname)

### **Betreuer/-in/ Erziehungsberechtigter:**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
(Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vor- und Zuname)