

Anmeldung zum Antigen Schnelltest SARS-CoV-2

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Tel.:

E-Mail:

Lesen Sie bitte die folgenden Informationen über den Test. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich hiermit einverstanden.

Antigen-Tests, die Eiweißstrukturen von SARS-CoV-2 nachweisen, funktionieren nach einem ähnlichen Prinzip wie Schwangerschaftstests. Dazu wird eine Probe von einem tiefen Nasen-Rachen-Abstrich auf einen Teststreifen gegeben. Falls das SARS-CoV-2 Virus in der Probe enthalten ist, reagieren die Eiweißbestandteile des Virus mit dem Teststreifen und eine Verfärbung auf dem Teststreifen wird sichtbar. Innerhalb von 15 Minuten kann der Test ausgewertet werden. In unserer Praxis nutzen wir den SARS-CoV-2-Rapid Antigen Schnelltest mit einer

Sensitivität (Infiziert als Infiziert erkennen) von 96,62% und eine **Spezifität (Gesunde als Gesunde erkennen) von 99,76%**. Ein Schnelltest erfüllt nicht die Genauigkeit eines nur im Labor durchführbaren PCR-Testes, mit dem man auch eine kleine Anzahl von Viren nachweisen kann, reicht aber in der Regel aus, um die Frage der Infektiosität zu beantworten. Durch einen Schnelltest kann man nachweisen, ob der Untersuchte zum Zeitpunkt der Untersuchung mit Coronaviren ansteckend ist oder nicht. Sollten Sie Krankheitssymptome entwickeln, raten wir zur Durchführung eines PCR-Tests. Der Test zeigt ein negatives Ergebnis wenn die Konzentration der neuartigen Coronavirus-Antigene in der Probe niedriger ist als die minimale Nachweisgrenze des Tests. Negative Ergebnisse schließen eine SARS-CoV-2-Infektion nicht aus. Ein positives Antigen-Test-Ergebnis muss mit einem weiteren Abstrich, der ins Labor geschickt wird, bestätigt werden. Dort wird unter anderem auch die Virusmenge analysiert.

Bei positivem Testergebnis wird eine Meldung an das Gesundheitsamt nach gesetzlichen Regelungen erfolgen mit der Konsequenz einer Quarantäne.

Ich habe die vorliegenden Informationen verstanden und bin einverstanden mit der Durchführung des o.g. Tests.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Untersuchung meine Daten gespeichert werden.

Unterschrift:

Datum:

ggf. Erziehungsberechtigter: