

Anmeldung zum Antigen Schnelltest SARS-CoV-2

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort): _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

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

Eine Probe aus dem Nasen-Rachen-Raum wird 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.

Der Test zeigt ein negatives Ergebnis, wenn die Konzentration der 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.

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: _____ Uhrzeit: _____

Test-ID: AT430/20

Art der Leistung: PoC-Antigentest:

Testgrund: Präventiv: Kontaktperson: Symptomatisch:

Testergebnis: negativ positiv

Mitteilungsweg: Schriftlich

Test durchgeführt durch: _____