

## **Einverständniserklärung zur Durchführung eines Antigen-Schnelltests**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
ggf. bei gesetzlichem Vertreter, Bevollmächtigten oder Betreuer: \_\_\_\_\_

- Mit der Durchführung einer Testung in den VORDEREN NASAL BEREICH / SPEICHEL ODER RACHEN, auf das Corona-Virus (SARS-CoV-2) bin ich einverstanden.

Ja Nein

- Ich willige bereits jetzt in künftige Antigen-Schnelltests bis einschließlich Mai 2021 ein.

Ja Nein

- Ich erhalte umgehend Auskunft über das Testergebnis.

Ich bin mir dessen Bewusst das die Nasal Untersuchung in minder Wenigen Fällen zum Nasen Bluten führen kann.

Diese Erklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Einrichtung widerrufen werden.

### **Einwilligungserklärung in die Verarbeitung meiner Daten**

Die Verarbeitung der obenstehenden Daten ist für die Durchführung der Testungen und die Weiterleitung der Testergebnisse erforderlich und erfolgt gemäß § 6 Nr. 4 DSGVO. Mit meiner Bereitschaft zur Durchführung einer Testung stimme ich der Verarbeitung meiner Daten zu den genannten Zwecken zu. Ohne die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ist die Durchführung einer Testung nicht möglich.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den oben genannten Verarbeitungszwecken einverstanden. Meine Erklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen (Ansprechpartner/in: APOHYGIA- [INFO@APOHYGIA.DE](mailto:INFO@APOHYGIA.DE))

---

Datum, Unterschrift der Getesteten Person/ Erziehungsberechtigten