**Muster für eine Einwilligung zur Durchführung eines PoC-Antigen-Tests (Corona-Schnelltest) zur Untersuchung auf eine akute Infizierung mit Coronavirus SARS-CoV-2 (Covid 19)**

**Angaben zur Person:**

Name und Vorname; Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Telefonnummer

**Einwilligungserklärung**

Hiermit erteile ich die ausdrückliche Einwilligung zur Durchführung eines Abstrichs im Nasen-Rachen-Raum mit anschließendem Poc-Antigen-Schnelltest zum Nachweis einer akuten Coronavirus-Erkrankung/Infektion.

Mir ist bekannt, dass zur Durchführung des Tests zum Nachweis einer akuten Coronavirus-Erkrankung/Infektion zunächst die Entnahme von Untersuchungsmaterial erforderlich ist. Diese erfolgt mittels eines Abstrichs im Nasen-Rachen-Raum. Der Abstrich erfolgt durch fachkundiges, medizinisch vorgebildetes Personal oder geeignetes und geschultes Personal. Ich bin darüber unterrichtet worden, dass die Entnahme in den meisten Fällen medizinisch unbedenklich ist, aber insbesondere auch zu folgenden Unannehmlichkeiten/Risiken führen kann:

* Reizung der Nasenschleimhäute
* Würgereiz
* Blutungen im Entnahme-Raum
* Atemnot/Atembeklemmungen
* Niesen/Husten/Verschlucken

Im Anschluss an die Entnahme des Untersuchungsmaterials wird noch vor Ort ein PoC-Antigen-Schnelltest durchgeführt. Die Auswertung des Schnelltests sowie die Befundmitteilung erfolgen vor Ort. Bei einem positiven Testergebnis des PoC-Antigen-Tests bedarf es einer Nachtestung mittels eines PCR-Testes.

Sofern eine akute Coronavirus-Erkrankung/Infektion nachgewiesen wird, handelt es sich hierbei um eine meldepflichtige Infektion/Krankheit nach dem Infektionsschutzgesetz. Mir ist bekannt, dass in diesem Fall meine personenbezogenen Daten zusammen mit dem positiven Testergebnis von dem Arbeitgeber verpflichtend den zuständigen Gesundheitsbehörden gemeldet/übermittelt werden müssen.

Ich habe auch den Hinweis erhalten, dass ich nach derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen trotz eines negativen Tests ansteckend/infektiös sein kann.

Schließlich bin ich darauf hingewiesen worden, dass die bei den Untersuchungen erhobenen personenbezogenen Daten nur für Zwecke des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) verarbeitet und genutzt werden dürfen (entsprechend § 25 Abs. 3 Satz 4 IfSG).

**Erklärung durch den Beschäftigten**

Ich habe den vorstehenden Text sowie die in der Anlage befindlichen Hinweise zur Datenverarbeitung gelesen, verstanden und akzeptiert.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Gelegenheit hatte, Antworten auf alle meine (medizinischen) Fragen zu erhalten und mir vor der Einwilligung ausreichend Bedenkzeit eingeräumt worden ist.

Durch die Unterzeichnung dieses Dokumentes erkläre ich mich mit den geplanten Unter- suchung/en und der hierfür erforderlichen Probenentnahme einverstanden.

Ich willige auch ein, dass mein Arbeitgeber über das Corona-Testergebnis informiert wird, wobei mir bekannt ist, dass hiermit ein sensitives Datum übermittelt wird.

**Widerrufsbelehrung**

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen verweigern kann, ohne dass ich deswegen Nachteile zu befürchten hätte und ich diese Einwilligung jederzeit in Textform (z. B. Brief, E-Mail) oder Schriftform widerrufen kann.

…………………………………………………………………..

*Name und Vorname des Beschäftigten, Datum und Ort*