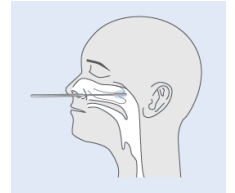


AGAPLESION gAG

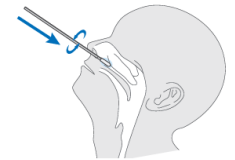
Information über die Durchführung SARS-CoV-2 (Corona) Antigen Schnelltest

- 15 min vor Testentnahme sollten Sie weder Essen noch Trinken.
Bitte nehmen Sie Ihre Maske nach Aufforderung ab und putzen sich die Nase.
- Mittels eines Teststäbchens wird Ihnen über die Nase ein Abstrich entnommen.
- Es kann zu Reizungen im Nasen-Rachenraum (z.B. Niesen, Husten) kommen.
- Bitte setzen Sie direkt nach Entnahme der Probe Ihren Mund-Nasen-Schutz wieder auf und desinfizieren Sie sich die Hände.
- Das Testergebnis liegt nach 15 - 30 Minuten vor.
- Ein positives Testergebnis muss durch einen PCR-Test bestätigt werden. Wenden Sie sich dazu telefonisch an Ihren Hausarzt oder das Gesundheitsamt. Bitte gehen Sie auf direktem Wege nach Hause und vermeiden jegliche weiteren Kontakte.
- Ein negatives Testergebnis schließt eine COVID-19-Infektion zum Zeitpunkt der Testung nicht sicher aus. Daher sind die Schutzmaßnahmen wie gewohnt einzuhalten. Das Testergebnis ist nur gültig für 24 Stunden.

Abstrichorte:



Nasen-Rachen



Nasenvorhof

Einverständniserklärung SARS-CoV-2 (Corona) Antigen Schnelltest

Ich stimme der Durchführung eines SARS-CoV-2 Antigen Schnelltest zu:

Ja

Nein, ich lehne ab.

Mitarbeiter

Bewohner

Patient

Besucher

[Name, Vorname der zu testenden Person [in DRUCKBUCHSTABEN]

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Wohnanschrift [in DRUCKBUCHSTABEN]

Bewohner/ Patient vertreten durch: _____ (Betreuer/in /Bevollmächtigte/r)

Ich wurde über den Antigen Schnelltest aufgeklärt und darüber informiert, dass bei einem positiven Testergebnis das Gesundheitsamt gemäß dem Infektionsschutzgesetz über mein Testresultat informiert wird und meine Kontaktdaten erhält. Die entsprechenden Datenschutz-Informationen (Mitarbeiter; Bewohner/Patienten/Besucher) konnte ich einsehen und habe ich verstanden.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift des Betreuer/Bevollmächtigen

Ergebnis SARS-CoV-2 Antigen-Schnelltest von Frau/Herr _____

Der am _____ um _____ Uhr durchgeführte Test* ist: **NEGATIV**

POSITIV

*Vollständiger Testname + REF-Nr. (Ausfüllen wenn Ergebnis mitgegeben wird)

Stempel der Einrichtung

Test durchgeführt von [DRUCKBUCHSTABEN]

Unterschrift