

Antigen-Schnelltest auf das Coronavirus

für: _____
 (Name, Vorname der zu testenden Person)

am: _____
 (Datum der Testung)

1. Einwilligung

Hiermit erkläre ich mich mit der Testung

- Meiner Person
- meines Kindes

auf das Coronavirus SARS-CoV-2 mittels Antigen-Schnelltest durch Mitarbeitende der Niederrhein Therapiezentrum Duisburg gGmbH einverstanden.

Weiter erkläre ich mich im Falle eines positiven Testergebnisses mit der Übermittlung meiner personenbezogenen Daten / der personenbezogenen Daten meines Kindes in Verbindung mit dem Testergebnis an das zuständige Gesundheitsamt einverstanden.

Duisburg, _____
 (Ort, Datum)

 (Unterschrift der zu testenden Person / der sorgeberechtigten Person)


2. Testergebnis

Der SARS-CoV-2-Antigen-Schnelltest ergab folgenden Befund:

- negativ
- positiv → Arzt vom Dienst wurde informiert für Weiterleitung der Daten an das Gesundheitsamt.

Duisburg, _____
 (Ort, Datum)

 (NTZ-Mitarbeiter, der den Test durchgeführt und ausgewertet hat)

Erstellung/Version	Erstellt durch	Freigabe durch	
07.12.2020 Version 02	Dr. M. Elsner / B. Seefeldt Leitender Stabsstelle QM Oberarzt	Dr. D. Zimprichová Maßregelvollzugsleitung	Seite 1 von 1