

**Häusliche Krankenpflege
Birgit Hämmerling**

Kuschkower Straße 30
15910 Schlepzig
Tel.: 035472 - 322
Fax: 035472 - 65 619



Einwilligungserklärung

zur freiwilligen PoC-Antigen-Testung für Besuchende

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Erreichbarkeit (Tel; e-mail): _____

Ich bin über die Freiwilligkeit und den Ablauf des PoC-Antigen-Tests informiert worden.

Ich habe ein Informationsschreiben zum Testverfahren erhalten.

Ich habe die Information nach Art. 13 DS-GVO zur Kenntnis genommen.

Ich stimme dem **anlassbezogenen** PoC-Antigen-Test zu.

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich bei einem positiven Testergebnis verpflichtet bin, mich umgehend an das zuständige Gesundheitsamt zu wenden.

Datum:

Unterschrift: