



JOHANNITER



Malteser

Laufende Nummer:

Testdatum:

Einverständniserklärung COVID- 19 Antigen Schnelltest für Privatpersonen

**Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.
Regionalverband
Oberschwaben/Bodensee
Regionalgeschäftsstelle**

Pfannenstiel 3 1
882 14 Ravensburg
Telefon 075 1 36 149-0
Telefax 075 1 36 149-49
info.ravensburg@johanniter.de
www.johanniter.de/oberschwaben-
bodensee

Die Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. (JUH) und der Malteser Hilfsdienst e. V. (MHD) benötigen meine unten angegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck eines COVID- 19 Antigen Schnelltests:

Name:	
Vorname:	
Geb. Datum:	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

- Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung eines Nasen-/Rachenabstriches zur Entnahme von Proben zum Zwecke des qualitativen Nachweises von viralen SARS-CoV-2 Nukleoprotein-Antigenen einverstanden.
- Ich stimme zu, dass meine Daten und Ergebnisse an das zuständige Gesundheitsamt und zur Durchführung/Verarbeitung notwendigen Dritten weitergegeben werden dürfen.

Der Test dient nur zur Feststellung von viralen SARS-CoV-2 Nukleoprotein-Antigenen und nicht zum 100%igen Ausschluss einer COVID-19 Infektion. Die Durchführung des Tests erfolgt unter Berücksichtigung aller notwendigen Vorkehrungen und wird nach Angaben des Herstellers und entsprechender Einweisung von geschultem Personal durchgeführt.

Die persönlichen Daten werden von der JUH und dem MHD verarbeitet, soweit dies zur Erfüllung des Zwecks notwendig ist. Zur Erfüllung des Zwecks kann es aber erforderlich sein, dass diese Daten an Dritte (insbesondere die Gesundheitsämter) übermittelt werden.

Ich bin des Weiteren von der JUH und dem MHD darüber informiert worden, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der, bis zum Widerruf aufgrund meiner Einwilligung, erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt. Nach einer Aufbewahrungsfrist von vier Wochen werden alle meine bei der JUH und dem MHD hinterlegten personenbezogenen Daten und Dokumente vernichtet.

_____, _____
Ort Datum

Unterschrift

Bei Minderjährigen zu Testenden:

_____, _____
Ort Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten