



Einverständniserklärung zur Durchführung eines SARS CoV2 Bürgerschnelltest

Ich _____, geboren am _____ erkläre hiermit, dass ich mit der Durchführung des Antigen-Schnelltestes SARS-CoV2 einverstanden bin. Die Entnahme von Sekret der Schleimhäute im Nasenrachenbereich wird von einer ärztlich eingewiesenen und delegierten Person durchgeführt. Soweit rechtlich möglich entbinde ich die durchführende Person, den delegierenden Arzt/Ärztin sowie den Malteser Hilfsdienst e.V. von der Schadenshaftungspflicht. Ich bin mir über die möglichen körperlichen Schäden und Komplikationen (Reizung des Nasen-Rachenraumes, Nasenbluten, Allergische Reaktion, Verletzungen im Nasen-Rachenbereich, sowie jede durch den Test ausgelöste Symptome, Erkrankung, Verletzung), die durch den Test entstehen können bewusst und willige wissentlich in die Testdurchführung ein.

Ober-Ramstadt, 17.4.21

Ort, Datum

Unterschrift, Unterschrift Erziehungsberechtigter



**Bescheinigung über das Vorliegen eines positiven
oder negativen Antigentest, zum Nachweis des SARS CoV 2 Virus.**

Getestete Person:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Akt. Aufenthaltsort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Coronavirus Antigen-Schnelltest

Test: LUNGENE, Rapid Test Covid-19 Test

Chargennummer: __2021030099_____

Testdatum/Uhrzeit: _17.04.2021, _____

Teststelle: MHD Bürgerteststelle Ober-Ramstadt

Testergebnis:

Positiv*

negativ

Unterschrift, Stempel Bürgerteststelle

* Das Zeugnis zum Testergebnis wird bei einem positiven Testergebnis von der testenden Stelle an das örtliche Gesundheitsamt weitergeleitet. Bitte beachten Sie unbedingt unser beiliegendes Dokument zum weiteren verpflichtenden Vorgehen