



Corona-Testzentrum Neuwied

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem PoC-Antigen-Schnelltest zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion

Schule:

Vollständige
Anschrift

Schüler/Schülerin

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

- Untersuchung und Behandlung von Covid-19 Infizierten oder Verdachtsfällen
- Notfall/Akutsprechstunde
- Kontaktnachverfolgung in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt
- Testung asymptomatischer Patienten
- Testung von Reiserückkehrern

Bei Minderjährigen Daten eines/einer Sorgeberechtigten:

Name

Vorname:

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort:

Telefonisch erreichbar:

Diagnostik:

- PCR
- Antigen- Schnelltest
- Antikörper-Schnelltest

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem PoC-Antigen-Schnelltest zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion und zur damit verbundenen Datenweitergabe

Praxis

Marktstraße 18
56564 Neuwied
02631 - 7798050
0176 - 43312682
(Notrufnummer)

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind an einem PoC-Antigen-Test zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion in der Schule teilnimmt. Mir ist bewusst, dass bei einem positiven Testergebnis mein Kind die Schule sofort verlassen und sich direkt in häusliche Isolation begeben muss. Außerdem, dass ich unverzüglich das Gesundheitsamt an meinem Wohnort über ein positives Testergebnis informieren muss. Ich willige ein in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Durchführung eines PoC-Antigen-Tests zum Ausschluss einer COVID-19 Erkrankung. Eine Weitergabe der personenbezogenen Daten an Dritte findet nicht statt. Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ab Zugang der Erklärung dürfen meine Daten bzw. die meines Kindes nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Corona-Testzentrum

Engerser Straße 32
56564 Neuwied
02631 - 9593793
Fax 02631 - 9520917
kontakt@corona-testzentrum-
neuwied.de

Meine Widerrufserklärung werde ich an die Schule richten.

Partnerlabor:

MVZ für Laboratoriumsmedizin
und Mikrobiologie Koblenz-
Mittelrhein
Viktoriastraße 35-39
56068 Koblenz

Ort, Datum

Unterschrift der volljährigen Schüler/in bzw. Sorgeberechtigte/r

Telefon: 0261 30405-0

Fax: 0261 30405-944

Tel: 02631 - 9593793
Fax: 02631 - 9520917
Hotline: 0157 - 39626042 (8:00 - 18:00 Uhr)
Web: www.corona-testzentrum-neuwied.de
Mail: info@corona-testzentrum-neuwied.de

Öffnungszeiten
Mo - Fr 08:00 - 18:00
Sa.: 10:00 - 18:00
Notfälle nach telefonischer Vereinbarung