



## **Einverständniserklärung zur Antigen-Schnell-Testung auf SARS-CoV-2 in Einrichtungen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf und Menschen mit Behinderung**

Mir ist bekannt, dass ich in meiner Entscheidung frei bin diese Einverständniserklärung abzugeben. Mir ist dabei bewusst, dass ohne dieses Einverständnis die Testung auf SARS-CoV-2 (zunächst) nicht erfolgt.

Mir ist ferner bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einverständniserklärung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Die angeforderten Daten werden unter Beachtung des Landesdatenschutzgesetzes verarbeitet.

Mögliche Nebenwirkungen des Tests sind gelegentlich:

- Husten und Erbrechen mit Übelkeit
- Aspirationspneumonie in sehr seltenen Fällen
- Schleimhautverletzungen im Nasen- Rachenbereich
- Synkope durch Reizung des Nervus vagus

Nachname, Vorname **Bewohner\*in / Klient\*in:** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Geburtsort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Der Durchführung einer Antigen-Schnell-Testung

stimme ich zu

stimme ich nicht zu

\_\_\_\_\_  
Datum, Name in Druckbuchstaben, Unterschrift

Klient\*in / Rechtliche Vertretung