

**Betreiber:** Nickelodeon FTB DD GmbH, Königsbrücker Straße 55, 01099 Dresden

**Testzentrum:** Filmtheater SCHAUBURG, Königsbrücker Straße 55, 01099 Dresden

## Einverständniserklärung zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2

**Die Testung erfolgt ausschließlich nach vorheriger Einwilligung des zu Testenden und ist freiwillig.**

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasopharyngealabstrich durchgeführt. Dafür wird die Probe durch einen Abstrich mittels eines in die Nase eingeführten Wattestäbchens genommen. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es dabei zu Reizungen kommen. Besteht bei der zu testenden Person eine Erkrankung mit erhöhter Blutungsneigung des Nasenrachenraumes, wird der Test im vorderen Nasenbereich durchgeführt.

**Ist der Antigentest positiv, hat der Getestete sich unverzüglich in häusliche Quarantäne zu begeben und einen PCR-Test durchführen zu lassen!**

**Im Falle eines positiven Testergebnisses sind wir verpflichtet, das Testergebnis namentlich dem jeweils zuständigen Gesundheitsamt zu melden.**

Ein negatives Testergebnis bedeutet nicht, dass eine COVID-19-Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Das Ergebnis stellt lediglich den Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung dar. Die bekannten Abstands- und Hygieneregeln sind weiter einzuhalten.

### Einverständnis zur Durchführung eines PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2

(bitte LESBAR in Druckbuchstaben ausfüllen):

**Name** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**vollständige Anschrift** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**Ich habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu.**

**Die Testung erfolgt als:** (bitte ankreuzen):

**Bürgertest -> Testkosten: kostenfrei** (nach §4a, Absatz 1, Nummer 1 bis 5 sowie 8 bis 10 TestV BMG)

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass ich der Teststelle einen gültigen Nachweis entsprechend der obigen Nummern vorgelegt habe!

**Bürgertest mit Eigenanteil -> Testkosten: 3,00 €** (nach §4a, Absatz 1, Nummer 6 & 7 TestV BMG)

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass ich der Teststelle einen gültigen Nachweis vorgelegt bzw. wahrheitsgemäße Angaben zum Sachverhalt entsprechend der obigen Nummern gemacht habe!

**Test ohne Anlass - ermäßigt -> Testkosten: 6,00 €**

**Test ohne Anlass - Vollzahler -> Testkosten: 9,00 €**

**Ort/Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_