

# Einwilligungserklärung für den Antigen-Schnelltest auf SARS-CoV-2

Arbeiter-Samariter-Bund  
Landesverband Schleswig-Holstein e.V.  
Kieler Str. 20a | 24143 Kiel

## Anlass der Testung

- Testzentrum für Bürger:innen     ASB-Mitarbeiter:in     ASB-Besucher:in/Kund:in  
 Veranstaltungsteilnehmer:in     Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Persönliche Daten

_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße, Hausnummer	_____ Postleitzahl, Wohnort
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer

**Bitte lesen Sie vor dem Test die folgenden Informationen sorgfältig durch und wenden Sie sich bei Fragen an das Testpersonal!**

## Hinweise zur Durchführung der Testung

Sofern bei Ihnen eine besondere **Blutungsneigung** besteht, Sie also z.B. an der **Bluterkrankheit** leiden oder **gerinnungshemmende Medikamente** wie Marcumar einnehmen oder sie in den letzten 8 Wochen eine **Verletzung oder Operation des Kopfes** erlebt haben, weisen Sie bitte das Testpersonal des ASB **vor der Testung** darauf hin. In diesem Fall kann der Abstrich nur im Mund-Rachenraum erfolgen.

Die Antigen-Schnelltests werden durch das **geschulte Personal** des Arbeiter-Samariter-Bundes durchgeführt. Die **Kosten** für die Testung werden vom ASB ausgelegt und soweit möglich über andere Institutionen refinanziert.

## Zu Ihrer Information für den Fall eines negativen Testergebnisses

Ein negatives Testergebnis schließt eine Infektion nicht sicher aus. Die **Hygieneregeln** sind auch bei einem negativen Testergebnis **strikt einzuhalten!**

## Zu Ihrer Information für den Fall eines positiven Testergebnisses

Gemäß Infektionsschutzgesetz sind wir dazu verpflichtet, Personen mit positiven Testergebnissen **namentlich an das zuständige Gesundheitsamt** zu melden (§ 7 Abs. 1 Nr. 44a IfSG). Dies wird im Nachgang der Testung durch den ASB umgehend vorgenommen. Ihre Einwilligung ist dafür nicht erforderlich.

Ein positives Testergebnis muss durch einen **SARS-CoV-2-RT-PCR-Test bestätigt** werden.

- bitte wenden -

## Hinweise zum Datenschutz

Da sie freiwillig an der Testung teilnehmen, aber die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten im Anschluss gesetzlichen Pflichten unterliegt, bittet der ASB Sie vorab um Ihre Einwilligung in das Verfahren gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchst. a DSGVO. Diese Einwilligung können Sie bis zum Beginn der Testung widerrufen. Letztere würde in diesem Fall nicht durchgeführt.

Beauftragen Sie den ASB mit der Durchführung des Tests, der soweit möglich über andere Institutionen refinanziert wird, kommt ein Vertragsverhältnis gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchst. b DSGVO zustande, auf dessen Basis der ASB Ihre Daten zur Dokumentation und Abrechnung der Testung verarbeitet.

Beim Testergebnis handelt es sich um besonders schützenswerte Gesundheitsdaten. Diese hält der ASB unter Verschluss, ist aber bei einem positiven Testergebnis gesetzlich verpflichtet (Art. 6 Abs. 1 Buchst. c DSGVO i.V.m. § 7 Abs. 1 Nr. 44a IfSG), dieses zur Eindämmung der Infektionsausbreitung umgehend namentlich an das zuständige Gesundheitsamt zu übermitteln.

Abrechnungsrelevante Unterlagen müssen gemäß § 13 Abs. 3 TestV bis zum 31.12.2024 aufbewahrt bzw. gespeichert werden. Das Testergebnis wird nach 14 Tagen vernichtet bzw. gelöscht.

Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per E-Mail unter [datenschutz@asb-sh.de](mailto:datenschutz@asb-sh.de) oder telefonisch über die ASB-Landesgeschäftsstelle unter 0431/70694-0.

## Einwilligung und Teilnahmebestätigung

- Ich willige in die Antigen-Schnelltestung auf SARS-CoV-2 ein und **beauftrage den ASB mit der Durchführung**. Eine Kopie meiner Einwilligung habe ich erhalten.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich bei besonderer **Blutungsneigung oder einer Verletzung bzw. Operation am Kopf in den letzten 8 Wochen** das Testpersonal vor der Testung hierüber **informieren** muss.
- Über die Durchführung der Testung bin ich aufgeklärt worden und habe weitere Informationen zum persönlichen **Verhalten im Falle eines positiven Testergebnisses** erhalten. Insbesondere werde ich mich in diesem Fall direkt in häusliche Isolation begeben und weitere Vorgaben des Gesundheitsamtes abwarten. Weitere Fragen zur Testung oder den weiteren Abläufen habe ich nicht.
- Ich bin mit der **Verarbeitung meiner persönlichen Daten** gemäß obigen Ausführungen und der geltenden Datenschutzerklärung einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich darüber hinaus, am heutigen Tage an einem Antigen-Schnelltest auf SARS-CoV-2 beim ASB teilgenommen zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu testenden Person  
(oder der gesetzlichen Vertretung)

### Vom ASB auszufüllen

Der Antigen-Schnelltest wurde durchgeführt am \_\_\_\_\_  
Datum und Uhrzeit

Der Abstrich im Rachenraum erfolgte  durch die Nase  durch den Mund.

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname der durchführenden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der durchführenden Person