

## **Einverständniserklärung zur PoC-Antigen-Testung**

### **Daten der Testperson:**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ (Druckbuchstaben)

Geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Medizinische Aufklärung zur Probengewinnung mittels Nasal-Abstrich im vorderen Nasenbereich**

Dieser Aufklärung dient Ihrer Information. Bitte lesen Sie diese genau durch. Sollten sie Fragen haben oder Unklarheiten zum Nasenabstrich bestehen, wenden Sie sich bitte unbedingt an das vor Ort zur Verfügung stehenden geschulten medizinischen Fachpersonal oder an einen Arzt.

### **Definition**

Unter einem Nasenabstrich versteht man die Entnahme von Körpermaterial im vorderen Nasenbereich.

### **Durchführung**

Die Probensammlung erfolgt durch einen Abstrich im Nasenvorhof.

### **Risiken**

Diese Untersuchung ist schmerz- und risikoarm. In Ausnahmefällen kann es zu Verletzungen der Schleimhaut, mit Blutung und oder vorübergehender Reizung kommen. Sollten bei Ihnen in der Folge der Probenentnahme Beschwerden auftreten, stellen Sie sich bitte bei einem Arzt vor.

### **Erklärung**

Die Aufklärung habe ich gelesen und verstanden. Ich bestätige, dass ich mit dem Abstrich einverstanden bin. Ihr Testergebnis bekommen Sie schriftlich vor Ort oder als

**Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung bei meinem Sohn/ meiner Tochter. Ich wurde über die Durchführung und die Datenschutzrichtlinien\* aufgeklärt und bestätige hiermit, dass ich mit allem einverstanden bin.**

Name des/der Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten