



Nachweis der Identität durch (bitte ankreuzen):

- Personalausweis oder
- Reisepass

Daten der zu testenden Person (bitte ausfüllen):

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse: _____

Daten eines sorgeberechtigten Elternteils (nur bei Minderjährigen anzugeben):

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Bitte kreuzen Sie im Folgenden bei einem Antigen-Schnelltest einen Grund unter 1. und bei einem PCR-Test einen Grund unter 2. an. Bitte nur ein Kreuz setzen.

Hiermit versichere ich, dass ich bzw. die Person, für welche ich sorgeberechtigt bin, zu folgender Personengruppe gehöre bzw. gehört:

1. Antigen-Schnelltest

- Beschäftigte** Pflegeeinrichtung, ambulanten Pflegediensten, Einrichtung für Menschen mit Behinderung, ambulanten Diensten der Eingliederungshilfe, Obdachlosen- u. Asylbewerbereinrichtungen, etc., § 4 I 1 Nr.2 TestV*
- Patient, Bewohner, Betreute** in Einrichtungen wie Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser etc. **vor (Wieder-)Aufnahme**, § 4 I 1 Nr. 1 TestV*
- Besucher und Bewohner vulnerabler Einrichtungen**, z. B. Krankenhäuser, Altenheime und Pflegeeinrichtungen nach § 4a Nr. 1 TestV*; Name und Anschrift der Einrichtung:

- Menschen mit Behinderung, die Unterstützung über das persönliche Budget erhalten (§ 29 SGB IX) sowie deren Assistenzkräfte nach § 4a Nr. 2 TestV*; Ggf. Name der unterstützten Person:

- Pflegenden Angehörige und weitere Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI nach § 4a Nr. 3 TestV*; Name der zu pflegenden Person:

- festgestellte Kontaktpersonen, § 2 I Nr.2 TestV*
- nachweislich infizierte Personen in Absonderung, § 2 I Nr.1 TestV*
- Person mit Voraufenthalt in Virusvariantengebiet, § 2 III TestV*



2. PCR-Test (Labortest)

- Beschäftigte Pflegeeinrichtung / Einrichtung für Menschen mit Behinderung, § 4 I 1 Nr. 2 TestV*
- Patient, Bewohner, Betreute in Einrichtungen wie Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser etc. vor (Wieder-)Aufnahme, § 4 I 1 Nr. 1 TestV*
- Person mit positivem Antigen-Schnelltest oder PCR-Pool-Test Ergebnis, § 4b TestV*

Ort, Datum

Unterschrift der Testperson bzw. des/der Erziehungsberechtigten

* Angaben durch entsprechende Dokumente zu belegen (z. B. amtlicher Lichtbildausweis, ärztliches Attest, Mutterpass, Teilnahmebescheinigung, positiver Test, Testergebnis und Nachweis des Wohnortes, etc).

Einwilligungserklärung zur Erhebung der persönlichen Daten im Rahmen einer Abstrich Untersuchung auf SARS-CoV-2 und Einwilligung in Datenversand per E-Mail

Im Zuge der Durchführung der Testung werden personenbezogene Daten (wie z. B. Geburtstag, Name, Anschrift Gesundheitsdaten, wie z. B. Diagnose oder Befund) im Rahmen der einschlägigen Datenschutzbestimmungen erhoben bzw. verarbeitet. Die Datenverarbeitungen erfolgen gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A, 9 DSGVO sowie ggf. nach Art. 9 IfSG. Ihre Angaben bzw. die Angaben Ihres Kindes/Ihrer Kinder werden im Rahmen des Testverfahrens auf SARS-CoV-2 zum Zwecke der Terminierung der Testung, der Datenerfassung der Testperson im Testzentrum, der Durchführung des Testverfahrens mit Rückmeldung des Testergebnisses und ggf. zu Abrechnungszwecken sowie anonymisiert zu statistischen Zwecken und zur Öffentlichkeitsarbeit erfasst, gespeichert und verarbeitet. Um im Nachgang einen schnellen Datenversand zu ermöglichen ist es zudem erforderlich, dass Sie in die verschlüsselte Übermittlung aller Daten, auch Gesundheitsdaten mit Bezug auf Ihre Person, die im Rahmen der Mitteilung des Befundergebnisses anfallen, an die oben angegebene E-Mail-Adresse einwilligen. Die Daten werden ausschließlich zu diesen Zwecken verwendet. Die Testergebnisse erhält die Teststelle des Landratsamtes Lichtenfels namentlich die Mitarbeiter der Teststelle, das Gesundheitsamt und der Ärztliche Koordinator. Bei Durchführung eines PCR-Tests ist eine Datenweitergabe an das beauftragte LABOR STABER Bayreuth erforderlich, um dort die Laboruntersuchung vornehmen zu lassen und ggf. abrechnen zu können. Für den Fall, dass Sie den Test zur Aufnahme in ein Krankenhaus oder eine ähnliche Einrichtung benötigen, übermitteln wir Ihr Befundergebnis auf Nachfrage der jeweiligen Einrichtung auch an diese direkt. Im Rahmen der Abrechnung ist ggf. eine Weitergabe der Daten auch an die Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB) erforderlich. Eine sonstige Datenweitergabe erfolgt nicht. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt somit ausschließlich auf Grundlage Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO). Sie können diese Einwilligung jederzeit widerrufen. Dazu reicht eine formlose Mitteilung per E-Mail an gesundheitswesen@landkreis-lichtenfels.de. Bei Einlegung eines Widerrufs wird zunächst geprüft, ob dieser auch zu einer Löschung Ihrer Daten führt oder trotz Widerruf Gründe gegen die Löschung sprechen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitungsvorgänge bleibt vom Widerruf unberührt. Die von Ihnen im Formular eingegebenen Daten verbleiben bei uns, bis Sie Ihre Einwilligung zur Speicherung widerrufen und der Widerruf zur Löschung führt. Zwingende gesetzliche Bestimmungen – insbesondere Aufbewahrungsfristen – bleiben unberührt. Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer Daten ist das Landratsamt Lichtenfels. Allgemeine Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie auch im Internet unter www.lkr-lif.de/datenschutz abrufen. Weitere Informationen erhalten Sie bei Bedarf von Ihrem zuständigen Sachbearbeiter am Landratsamt Lichtenfels, Sachgebiet Gesundheit.

Ich willige in die hier beschriebene, für diese Testung auf SARS-CoV-2 erforderliche Verarbeitung meiner Daten bzw. die Daten meines Kindes ein.

Datum

Unterschrift

Bei minderjährigen Kindern ist die Einwilligung in die Datenverarbeitung durch einen sorgeberechtigten Elternteil abzugeben.