

# Corona-Schnelltest-Zentrum Dachau

**Vorname**

**Nachname**

**Geburtsdatum**

**Straße und Hausnummer**

**PLZ**

**Ort**

**Telefon**

**E-Mail**

Testergebnis per Email ☐

Papierausdruck ☐

**Testdatum:**

**Testbeginn:**

**Uhr**

**Test-ID-Nr.**

**Testort: Dachau**

**Ergebnis:      Positiv ☐**

**Negativ ☐**

## *Verwendeter Test: MedRhein Rapid COVID-19 Antigen Test (Colloidal Gold)*

Wir verarbeiten Ihren Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer und ggf. E-Mail-Adresse, um im Falle eines positiven Testergebnisses das zuständige Gesundheitsamt darüber zu informieren und diesem ihre persönlichen Daten nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 IfSG weiterzugeben. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Der/Die Getestete erklärt sich damit ausdrücklich einverstanden. Der/ die Getestete hat sich im Falle eines positiven Testergebnisses umgehend in häusliche Isolation zu begeben und sofort Kontakt mit dem örtlichen Gesundheitsamt aufzunehmen. Mit diesem vereinbart er/sie einen Termin für einen zweiten Test auf SARS-CoV-2 (PCR Test), um die Infektion zu bestätigen. Über die Verpflichtung zur Einhaltung der Isolation wurde informiert und der/die Getestete erklärt sich damit einverstanden und die Information erhalten zu haben. Die Daten werden zum Zwecke der Abrechnung und Nachverfolgung in der Apotheke bis zum 31.12.2024 gespeichert und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben. (DSGVO konform). Bei der Abstrichnahme in der Nase kann es sehr selten zu leichten Reizungen oder kleinsten Verletzungen der Nasenschleimhaut kommen. Personen, die Blutverdünner einnehmen oder an einer entsprechenden Erkrankung leiden werden nur im vorderen Nasenbereich getestet. Der/Die Getestete ist sich der Risiken bewusst und erklärt sich damit ausdrücklich einverstanden.

---

(Unterschrift Testperson bzw. Erziehungsberechtigter)

---

Unterschrift und Stempel