

Selbstauskunftsbogen der Teststelle KC der Stadtwerke Schweinfurt GmbH für die durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst veranlassten Testungen asymptomatischer Personen nach § 1 der Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis von SARS.CoV-2 des Bundesministeriums für Gesundheit vom 27.01.2021

**Teilnehmer/in**

Name		Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort
E-Mail-Adresse			
Telefon-/ Handynummer			
		Ja / Yes	Nein / No
1.	Hatten Sie in den letzten 24 Stunden Fieber oder Schüttelfrost? <i>Have you had fever or chills within the last 24 hours?</i>		
2.	Hatten Sie aktuell oder innerhalb der letzten 7 Tage Husten oder Atembeschwerden? <i>Have you been coughing or did you have difficulty in breathing recently?</i>		
3.	Hatten Sie aktuell oder innerhalb der letzten 7 Tage Schnupfen, Hals- oder Kopf- und Gliederschmerzen? <i>Did you have a sore throat, runny nose and headache or body pains?</i>		
4.	Haben Sie in den letzten 24 Stunden erbrochen oder hatten Sie Durchfall? <i>Have you vomited or had diarrhea within the last 24 hours?</i>		
5.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem Erkrankten, der Fieber, Husten oder Grippe-symptome zeigte? <i>Within the last 14 days, have you been near or did you spend time with someone who had fever and cough, or was a known case of influenza?</i>		
6.	Welche Länder, einschließlich ihres Heimatlandes, haben Sie in den letzten 14 Tagen besucht? <i>Which foreign countries have you visited within the last fourteen days?</i>	1. 2. 3.	

Bei Bejahung eines der ersten sechs Punkte wird an oben genannter Teststelle kein Test durchgeführt. Wir empfehlen Ihnen sich mit Ihrem Hausarzt oder dem kassenärztlichen Notdienst 116117 in Verbindung zu setzen.

### Bestätigung der Richtigkeit der Angaben durch den Teilnehmer

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_

### Einwilligung in die Durchführung des Tests

**Der Test ist freiwillig und erfordert Ihr Einverständnis. Bitte kreuzen Sie an, ob Sie mit dem Test und der Abstrichentnahme einverstanden sind oder nicht:**

**Einverstanden**

**Nicht einverstanden**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_

### Datenschutzrechtliche Einwilligung des Teilnehmers

Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner, bei der Teststelle des KC der Stadtwerke Schweinfurt GmbH, im Rahmen einer Testung auf SARS-CoV-2 erhobenen personenbezogenen Daten (Vor- und Nachname, Adresse, Telefonnummer, E-Mail, Tag der jeweiligen Testung, Gesundheitsfragen vor Testung) ein.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist Art. 6 Abs. 1 lit. a) in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 lit. a) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Die o.g. personenbezogenen Daten werden im Falle eines positiven Befundes an das zuständige Gesundheitsamt weitergeleitet und dort verarbeitet und gespeichert. Rechtsgrundlage für diese Weitergabe ist § 6 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IFSG). Die erhobenen Daten werden bei einem negativen Testergebnis für vier Wochen, bei einem positiven Testergebnis für 3 Monate aufbewahrt. (Art. 9. Abs. 2 lit. f) DSGVO).

Die weiteren Hinweise zum Datenschutz liegen im Testcenter aus. Auf Wunsch erhalten Sie am Empfang eine Kopie zum mitnehmen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_

Sollten Sie im Corona-Testcenter positiv auf das neuartige Coronavirus (SARS-CoV-2) getestet werden, minimieren Sie bitte alle Ihre sozialen Kontakte und begeben sich in Quarantäne, bis Sie nähere Instruktionen Ihres zuständigen Gesundheitsamtes erhalten, das den Befund ebenfalls über den gesetzlichen Meldeweg erhält.

Falls Sie sich krank fühlen und einen Arzt benötigen, kontaktieren Sie bitte den kassenärztlichen Notdienst unter 116117 oder die Notaufnahme 112 telefonisch und informieren Sie diese vorab über den positiven SARS-CoV-2 Befund.