

Einwilligungserklärung

zur Durchführung eines Schnelltest auf Covid 19 nach
WfaA Standard Extra

Datum	
Vor- und Zuname	
Adresse	
Geburtsdatum	
Arbeitsplatz - Standort/Gruppe	

Mir ist bekannt, dass mich die Durchführung dieses Tests nicht von den offiziellen Vorgaben zur Einhaltung des Infektionsschutzes entbinden.

Die Testauswertung kann aus verschiedenen Gründen ein falsches Ergebnis anzeigen. Dieser Test ersetzt nicht die Beratung oder Behandlung durch einen Arzt. Dieser Test ersetzt nicht die Kontaktaufnahme zur Corona Hotline / Gesundheitsamt und ggf. eine offizielle Testdurchführung. Mein Testergebnis wird im Fall eines positiven Ergebnisses zusammen mit meinen Kontaktdaten an den Betriebsarzt der WfaA übermittelt.

Wenn der Test mittels eines Trägerstäbchens durchgeführt wird, kann es zu einem unangenehmen Berührungseffekt im Rachen und Nasenbereich kommen. Die Berührung mit dem Stäbchen kann im Einzelfall zu Schleimhautirritationen führen. Ich verzichte auf jedwede Schadensansprüche die bei der Durchführung der Testung eventuell entstehen könnten.

Hiermit bestätige ich, dass ich bezüglich der allgemeinen Risiken in Bezug auf eine Covid-19 Schnelltestung, aufgeklärt wurde.

Mir ist bekannt, dass für das Testergebnis von Seiten der WfaA keine Gewähr übernommen werden kann.

Ich nehme an der Testdurchführung teil und erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden.

Datum:

Unterschrift, ggf. der gesetzlichen Betreuung
