

Lieber Kunde,

gern führen wir für Sie den Corona-Schnelltest durch.



Wir haben uns gründlich überlegt, unsere Abläufe so zu optimieren, dass wir die große Nachfrage erfüllen können. Und so läuft es nun ab:

- ❖ Reservieren Sie sich online über unsere Website einen Termin ([www.physio-aktiv-geesthacht.de](http://www.physio-aktiv-geesthacht.de))
- ❖ Bringen Sie einen **Personalausweis, eine Einwilligungserklärung, einen Bogen zur gesundheitlichen Selbsteinschätzung**
- ❖ Die Bögen müssen **vorher komplett** ausgefüllt und **an 2 Stellen unterschrieben** sein. Nur vollständig ausgefüllte Bögen werden von uns akzeptiert, denn im Falle eines positiven Tests fordert das Gesundheitsamt diese Daten ab. Bei unvollständig ausgefülltem Bogen verfällt Ihr Termin.
- ❖ Kommen Sie **zu Physio-aktiv in der Bergedorfer Straße. 58, 21502 Geesthacht 2. Stock (in der Kreissparkasse)**
- ❖ Warten Sie bitte vor dem Praxiseingang, Sicherheitsabstand von 1,5m bitte einhalten.
- ❖ Sie können nach dem Test sofort wieder gehen und werden nur bei einem positiven Testergebnis informiert.
- ❖ **Wenn Sie sich bereits in Quarantäne befinden, dürfen Sie das Haus nicht verlassen (auch nicht für diesen Test!). Nur das Gesundheitsamt kann Sie aus der Quarantäne entlassen. Ein Zuwiderhandeln kann zu hohen Bußgeldern führen.**
- ❖ **BITTE HALTEN SIE IHRE GEBUCHTEN TERMINE EIN ODER STORNIEREN SIE DIESE RECHTZEITIG!**

Vielen Dank für Ihr Verständnis! Gemeinsam schaffen wir das und bleiben Sie gesund!

### Corona-Virus-Infektion Fragebogen zur gesundheitlichen Selbsteinschätzung

---

Name, Vorname

---

Adresse

---

Telefonnummer

**Bitte beantworten Sie vor dem Test folgende Fragen:**

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome wie <b>Husten, Fieber, Atemnot, Geschmack- oder Geruchsverlust, sonstige Erkältungssymptome</b> ?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber, Geschmack -oder Geruchsverlust?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
3. Hatten Sie in den letzten vergangenen 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person, bei der ein Corona-Verdacht besteht?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

---

Ort/Datum/Unterschrift

Ankunft im Gebäude:

Verlassen des Gebäudes:

## Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2

PoC-Antigen-Test (Point-of-Care-Antigen-Tests) sollen genutzt werden, um zeitnahe Ergebnisse über das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu erhalten und die Gefahr einer Ausbreitung des SARS-CoV-2 Virus zu verhindern und zu reduzieren.

Diese PoC-Antigen-Tests sind für mich kostenfrei. Eine Verpflichtung zur Testung besteht nicht.

Diese Durchführung der Testung erfolgt durch geschultes Personal mittels eines Nasen-Rachenabstrichs. Dafür wird die Probe durch Abstrich mittels eines in die Nase eingeführten Abstrichstäbchens genommen. In einem Informationsgespräch wurde ich über die Durchführung und die Risiken der Testung aufgeklärt. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen, kommen. Das Ergebnis liegt in der Regel nach ungefähr 10-15 Minuten vor.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die testdurchführende Stelle nach § 8 i. V. m. § 7 IfSG im Falle einer positiven Testung das Gesundheitsamt über das Testergebnis namentlich und unverzüglich informieren muss. Eine weitere Zustimmung meinerseits ist hierfür nicht erforderlich.

Ist der Antigentest positiv, begeben sich mich unverzüglich in häusliche Isolation, werde telefonisch mit meinem Hausarzt Kontakt aufnehmen und einen PCR-Test durchführen lassen.

Ein negatives Testergebnis bedeutet nicht, dass eine Covid-19-Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Das Ergebnis stellt lediglich den Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung dar.

### Einverständniserklärung zur Durchführung eines PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung (und ggf. weiteren PoC-Antigen-Testungen) nach den Vorschriften der „Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV)“ in der jeweils geltenden Fassung gegenüber der folgenden testenden Stelle:

Physio-aktiv Geesthacht GmbH, Bergedorfer Str. 58-62, 21502 Geesthacht

Test-Ort: Bergedorfer Straße.73, 21502 Geesthacht

Mein Einverständnis kann ich jederzeit und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf meines Einverständnisses wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

---

Vor- und Zuname

---

Geburtsdatum

---

Anschrift

---

Telefon

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

---

Unterschrift der Probandin/ des Probanden

---

Unterschrift des Testers