

Einverständniserklärung zur Durchführung eines SARS CoV-2 Schnelltest

Ich _____, geboren am _____ erkläre hiermit, dass ich mit der Durchführung des Antigen-Schnelltestes SARS-CoV2 einverstanden bin. Die Entnahme von Sekret der Schleimhäute im Nasenrachenbereich wird von einer ärztlich eingewiesenen und delegierten Person durchgeführt. Soweit rechtlich möglich entbinde ich die durchführende Person, den delegierenden Arzt/Ärztin sowie den Malteser Hilfsdienst e.V. von der Schadenshaftungspflicht. Ich bin mir über die möglichen körperlichen Schäden und Komplikationen (Reizung des Nasen-Rachenraumes, Nasenbluten, Allergische Reaktion, Verletzungen im Nasen-Rachenbereich, sowie jede durch den Test ausgelöste Symptome, Erkrankung, Verletzung), die durch den Test entstehen können bewusst und willige wissentlich in die Testdurchführung ein.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

zu testende Person

Einverständniserklärung zur Durchführung eines SARS CoV-2 Schnelltest

Ich _____, geboren am _____ erkläre hiermit, dass ich mit der Durchführung des Antigen-Schnelltestes SARS-CoV2 einverstanden bin. Die Entnahme von Sekret der Schleimhäute im Nasenrachenbereich wird von einer ärztlich eingewiesenen und delegierten Person durchgeführt. Soweit rechtlich möglich entbinde ich die durchführende Person, den delegierenden Arzt/Ärztin sowie den Malteser Hilfsdienst e.V. von der Schadenshaftungspflicht. Ich bin mir über die möglichen körperlichen Schäden und Komplikationen (Reizung des Nasen-Rachenraumes, Nasenbluten, Allergische Reaktion, Verletzungen im Nasen-Rachenbereich, sowie jede durch den Test ausgelöste Symptome, Erkrankung, Verletzung), die durch den Test entstehen können bewusst und willige wissentlich in die Testdurchführung ein.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

zu testende Person

Einverständniserklärung zur Durchführung eines SARS CoV-2 Schnelltest

Ich _____, geboren am _____ erkläre hiermit, dass ich mit der Durchführung des Antigen-Schnelltestes SARS-CoV2 einverstanden bin. Die Entnahme von Sekret der Schleimhäute im Nasenrachenbereich wird von einer ärztlich eingewiesenen und delegierten Person durchgeführt. Soweit rechtlich möglich entbinde ich die durchführende Person, den delegierenden Arzt/Ärztin sowie den Malteser Hilfsdienst e.V. von der Schadenshaftungspflicht. Ich bin mir über die möglichen körperlichen Schäden und Komplikationen (Reizung des Nasen-Rachenraumes, Nasenbluten, Allergische Reaktion, Verletzungen im Nasen-Rachenbereich, sowie jede durch den Test ausgelöste Symptome, Erkrankung, Verletzung), die durch den Test entstehen können bewusst und willige wissentlich in die Testdurchführung ein.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

zu testende Person