



## **Einverständniserklärung zur Durchführung von Antigen-Schnelltests:**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden mit der Durchführung eines PoC-Antigentests (als Schnelltest oder beaufsichtigter Selbsttest) wahlweise als Nasenabstrich- oder Speicheltest. Der Test dient nur zur Feststellung von viralen SARS-CoV-2 Nukleoprotein-Antigenen und nicht zum 100-prozentigen Ausschluss einer COVID-19 Infektion.

Die Durchführung des Tests erfolgt unter Berücksichtigung aller notwendigen Vorkehrungen und wird nach Angaben des Herstellers und entsprechender Einweisung von geschultem Personal durchgeführt oder beaufsichtigt. Im Falle eines positiven Testergebnisses werden meine Daten vom Verantwortlichen zum Zwecke der Erfüllung gesetzlicher Meldepflichten (z. B. nach dem Infektionsschutzgesetz) an das zuständige Gesundheitsamt und ggf. weitere gesetzliche vorgesehene Institutionen übermittelt.

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten vom Verantwortlichen zum Zwecke der Durchführung der PoC-Antigentests verarbeitet und gespeichert werden. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung sind der Art. 6 Abs.1 a) und der Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) und Art. 6 Abs.1 c) in Verbindung mit dem Infektionsschutzgesetz sowie die Corona-Verordnungen des Bundeslandes in dem der Test durchgeführt wird. Auf die ausführlichen Informationen zum Datenschutz bin ich hingewiesen worden.

Ich habe darüber hinaus die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) sowie die Informationen zum Datenschutz von **SWISSONEMED** zustimmend zur Kenntnis genommen.

Durch die Nutzung des **DIGITALKEYCODE**-Systems von **SWISSONEMED** erkläre ich mein Einverständnis mit der Durchführung des Schnell-/Selbsttest, der Datenspeicherung sowie den Allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Meldungen, die nach den gesetzlichen Vorgaben an die zuständigen Behörden erfolgen müssen, können nicht widerrufen werden.

ORT/  
DATUM; \_\_\_\_\_

NAME/VORNAME \_\_\_\_\_

### **SWISS ONE MEDICAL AG**

NIEDERLASSUNG DUISBURG – DEUTSCHLAND  
VILLEN STRASSE 6 - D-47229 DUISBURG  
Tel.: +49 (0) 2065 988 11 20 Fax: +49 (0) 2065 988 11 39

HAUPTNIEDERLASSUNG SCHWEIZ  
SCHÜTZENSTRASSE 18 / CH - PFÄFFIKON / SWITZERLAND  
WWW.SWISSONEMEDICAL.CH / INFO@SWISSONEMEDICAL.CH  
UID CHE - 115.305.029 / CHE - 130.3.015.236-3