

Kommunales Testzentrum Waldbronn

Ich erteile meine Zustimmung zur Durchführung eines Antigentests (Nasen-/Rachenabstrich) durch Personal des kommunalen Testzentrums für

1. Angaben Kind/Jugendlicher

Name: _____
Vorname: _____
Geb. am: _____
Straße/Haus-Nr.: _____
PLZ/Wohnort: _____

Vor- und Zuname des/der Erziehungsberechtigten:

Festnetz-/Mobilnummer (eines Elternteils für evtl. Rückfragen): _____

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Datenschutzhinweise: Bei SARS-CoV-2 handelt es sich um eine Infektion mit einem nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtigen Krankheitserreger. Im Falle eines positiven Testergebnisses ist die testdurchführende Stelle gemäß § 8 IfSG zur unverzüglichen Meldung an das zuständige Gesundheitsamt verpflichtet. Dies hat gemäß § 9 Abs. 1 IfSG namentlich zu erfolgen und beinhaltet die Weiterleitung der in diesem Vordruck erhobenen personenbezogenen Daten an das zuständige Gesundheitsamt. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 9 Abs. 2 g) Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Diese Bescheinigung ist zugleich das Meldeformular und muss nach erfolgter Meldung von der testenden Stelle für den Zeitraum von 4 Wochen aufbewahrt und danach datenschutzkonform vernichtet werden.