Technische Universität Clausthal ⬝ Postfach 12 53 ⬝ 38670 Clausthal-Zellerfeld

Bescheinigung über die Durchführung eines Antigen-Selbsttests zum Nachweis des SARS-CoV-2-Virus

**Nur zur Vorlage an der TU Clausthal**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ihr Zeichen/Ihr Schreiben vom | Mein Zeichen/Mein Schreiben vom | Clausthal-Zellerfeld, den |
|  |  |  |

Bescheinigung über die Durchführung

eines Antigen-Selbsttests zum Nachweis des SARS-CoV-2-Virus

Hiermit bestätigt der/die Unterzeichner\*in, dass

Frau/Herr (Vorname und Name)

|  |  |
| --- | --- |
| Geburtsdatum  |  |
| Adresse |  |
| Telefonnummer |  |

heute an unserer Einrichtung unter Beaufsichtigung einen Antigen-Selbsttests zum Nachweis des SARS-CoV-2-Virus durchgeführt hat. Der Schnelltest ist

|  |  |
| --- | --- |
|  negativ |  positiv |

ausgefallen.

|  |  |
| --- | --- |
| Verwendeter Antigen-Schnelltest (Name und Hersteller) |  |
| Testdatum  |  |
| Testuhrzeit |  |
| Name der beaufsichtigenden Person(Druckschrift) |  |

Der Schnelltest ist nach Probenentnahme **24 Stunden** gültig.

Im Auftrag

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Unterschrift der beaufsichtigenden Person)

**Rückseite beachten!!!**

Frau/Herr: (Vorname und Name)

Geburtsdatum:

**Einwilligung**:

Hiermit willige ich in die Verarbeitung der oben genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Feststellung einer etwaigen COVID-19-Infektion und im Weiteren zur Verhinderung der Ausbreitung dieser Krankheit ein.

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der TU Clausthal widerrufen werden. Die bis zum Widerruf vorgenommene Datenverarbeitung, einschließlich der Datenübermittlungen, bleibt rechtmäßig.

Mir ist bewusst, dass im Falle eines positiven Testergebnisses eine gesetzliche Meldepflicht der TU Clausthal gegenüber dem jeweils zuständigen Gesundheitsamt besteht. Ein etwaiger Widerruf der Einwilligung lässt diese gesetzliche Meldepflicht nicht entfallen.

Im Falle eines positiven Testergebnisses begebe ich mich unmittelbar in häusliche Isolation und wende mich telefonisch unverzüglich an meine Hausärztin / meinen Hausarzt bzw. die zentrale Arztauskunft über die Telefonnummer 116-117

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Unterschrift der Testperson)