

**Datum und Uhrzeit der Testung:** \_\_\_\_\_

Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße / Hausnr.		
Postleitzahl / Ort		
Telefonnummer		

**Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einer freiwilligen Testung auf das Coronavirus SARS-CoV – 2 und die Verarbeitung personenbezogener Daten**

Das Klinikum Vest bietet im Rahmen der Bekämpfung des Coronavirus SARS-CoV-2 die Teilnahme an einem Bürgertest an. Die Teilnahme an der Testung ist freiwillig. Die Maßnahme wird durch dafür eigens geschultes Personal durchgeführt.

Zur Durchführung der Testung auf das Coronavirus SARS-CoV-2 werden die hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten der betroffenen Personen verarbeitet, insbesondere auch Gesundheitsdaten im Sinne des Art. 9 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Ihre Angaben werden nach den gesetzlichen Vorgaben der DSGVO und des BDSG vertraulich behandelt. Eine Kommunikation Ihrer Daten erfolgt ausschließlich aufgrund der gesetzlichen Vorgaben oder aufgrund Ihrer Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

meine freiwillige Teilnahme an einer Testung auf das Coronavirus SARS-CoV-2 und stimme der folgenden Datenverarbeitung zu:

- Identifizierungs- und Kontaktdaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Kontaktangaben)
- Gesundheitsdaten (z.B. Testergebnis)
- Im Falle eines positiven Testergebnisses werden die zuständigen Gesundheitsämter hierüber informiert.

Mit der Durchführung des Testes und der o.g. Verarbeitung personenbezogener Daten bin ich ausdrücklich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der betroffenen Person oder des gesetzlichen Vertreters

**Hinweis** Eine erteilte Einwilligung ist widerrufbar, wobei durch einen Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird. Das Merkblatt „Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit der Testung auf SARS-CoV-2“ wurde mir bereitgestellt.

Hiermit bestätige ich, dass bei mir durch das Bürgertestzentrum der Klinikum Vest GmbH ein Corona-Test durchgeführt wurde.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der betroffenen Person oder des gesetzlichen Vertreters