AKTION „OBERÖSTERREICH TESTET“

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ANTIGEN-TEST SARS-COV-2 / COVID-19

Zu testende Person:

Name:		**Geburtsdatum:**	**SV-Nr.:**
Vorname:		**Geschlecht:**	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
PLZ, Ort:		**Mobiltelefon-Nr.:**	
Adresse:		**E-Mail:**	

☐ Ich erkläre die ausdrückliche Einwilligung, insbesondere gemäß Art 6 Abs 1 lit a iVm Art 9 Abs 2 lit a DSGVO, mich auf eine mögliche vorliegende Infektion mit Sars-CoV-2 Viren testen zu lassen und entbinde hiermit die mit der Auswertung befassten Personen sowie mobiler-COVID-test.at by WEMS Consulting, Trading & Service GmbH von der Schweigepflicht gegenüber den zuständigen Stellen des Landes Oberösterreich und ermächtige hiermit die o.a. Personen sowie mobiler-COVID-test.at by WEMS Consulting, Trading & Service GmbH die Testdetails (wie insb. das Testergebnis), den Testtyp sowie die oben angeführten Daten zu verarbeiten und an die zuständigen Stellen des Landes Oberösterreich, an das BMSGPK (insb. für Screeningprogramme im Sinne § 5a Abs 3 EpiG) und an das Labor Novogenia (bei Antigen-Tests für die Einmeldung in das Epidemiologische Meldesystem) weiterzuleiten.

Die Informationen nach Art 13 DSGVO sind unter **https://ooe.testet.at** abrufbar und liegen außerdem bei der Testung auf.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angaben von Gründen per E-Mail an **office@wems.at** oder Brief an WEMS Consulting, Trading & Services GmbH, Billrothstraße 58, 1190 Wien widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle einer positiven Testung entfaltet ein Widerruf Ihrer Einwilligung insoweit keine Rechtswirkungen, als nach dem Epidemiegesetz 1950 zwingend eine entsprechende Meldung an die Gesundheitsbehörde zu erstatten ist und diese weiteren Maßnahmen nach dem Epidemiegesetz 1950 (Durchführung einer anschließenden PCR-Testung, Absonderung) nach sich zieht.

☐ Hiermit erteile ich die Einwilligung und Zustimmung zur Durchführung der Probennahme als Elternteil, Obsorgeberechtigte(r), Erwachsenenvertreterin/Erwachsenenvertreter

Vor- und Nachname: _____ geboren am: _____

_____
Datum, Unterschrift

BEREICH ZUM BESCHRIFTEN und AUSFÜLLEN durch die TESTSTATION!

Teststr.-Nr.: _____

Datum / Uhrzeit: _____

HIER ETIKETTE EINKLEBEN

Fortlaufende Personendatenblatt-Nummer

TESTERGEBNIS: ☐ NEGATIV ☐ POSITIV ☐ NICHT AUSWERTBAR

Ablesung des Ergebnisses durch: _____
Datum, Unterschrift