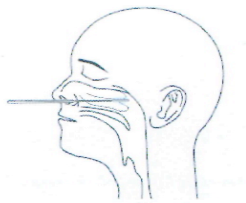
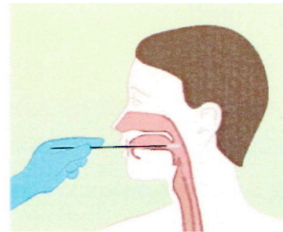


Information zum Corona-Schnelltest

1. Wenn Sie aufgefordert werden, müssen Sie die Mund-Nasen-Maske abnehmen und die Nase putzen.
2. Eine Person geht mit einem sterilen Test-Stäbchen in Ihre Nase. Dabei nimmt sie den Abstrich.
3. Wenn die Person keinen Abstrich über die Nase nehmen kann, geht sie über den Mund in den Rachen.
4. Es kann sein, dass Sie danach husten oder niesen müssen.



Nasen-Rachen-Abstrich



Mund- Rachen-Abstrich

5. Ihre Mund-Nasen-Maske müssen Sie gleich wieder aufsetzen.
6. Nach 15 bis 30 Minuten haben Sie das Ergebnis.
7. Das Ergebnis kann negativ oder positiv sein. Positiv heißt: Sie könnten Corona haben. Ein positives Ergebnis muss ans Gesundheitsamt gemeldet werden.

Einverständniserklärung für die PoC-Antigen-Testung

Name, Vorname: _____

(Druckbuchstaben)

Anschrift: _____

Ich bin: Stammmitarbeiter Mitarbeiter Besucher

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung. Ich wurde in einem Informationsgespräch über die Durchführung, die Risiken und die Datenschutzrichtlinien aufgeklärt und bestätige hiermit, dass ich alles verstanden habe. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

(Ort, Datum)_____
Unterschrift (Name, Vorname)

Die Unterweisung wird durch einen Arzt/eine Ärztin durchgeführt.

Name des Arztes / der Ärztin:

Inhalte der Schulung:

- Vorführung Video Nasen-/Rachenabstrich
- Erläuterung der Vorgehensweise und der korrekten Durchführung des Nasen-/Rachenabstrichs
- Darstellung der Risiken
- Durchführung Praxistest – passiv/aktiv

Ich habe die Inhalte der Schulung verstanden und fühle mich in der Lage, Nasen-/Rachenabstriche im Rahmen der Testung (PCR/Antigen) durchzuführen

Lfd. Nr.	Datum	Name, Vorname in Druckbuchstaben	Unterschrift
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			



Formblatt

Erfassung der durchgeführten Testungen

Seite 1 / 1

PoC - Antigen-Test

Standort:

Lfd.- Nr.	Durchführung PoC - Antigen-Test		Testung Personen (ankreuzen)			Name, Vorname	Private Anschrift (bei Besucher)	Private Telefonnummer (bei Besucher)	Testergebnis (ankreuzen)		Positiv Meldung an Gesundheitsamt	
	Datum	Hdz.	St.-MA	MA	Be				positiv	negativ	Datum	Hdz.
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Durchgeführte Tests:						Durchgeführte Tests gesamt:						