

	GDA mbH	
Qualitätsmanagement-Handbuch Bereichshandbuch Hygiene	FO: SARS CoV-2 Testung ext. DL / Besucher	C5.2.12.8.4

Einrichtung: GDA Neustadt

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Grund des Besuches/Aufenthalt wo?
Adresse: Straße, HNr.	PLZ, Wohnort
<p>Einwilligung: Lt. Teststrategie der GDA in Bezug auf einen direkten Erregernachweises Coronarvirus SARS-CoV-2 habe ich als externe DienstleisterIn / Besucher einen Anspruch auf Testung auf SARS-CoV-2. Die Einrichtung bietet mir dazu die Durchführung eines Antigen-Testes an. Den Test führt eine geschulte Pflegefachkraft aus. Ich bin zur Durchführung des Testes informiert worden, mit der Durchführung bin ich einverstanden.</p> <p>Ich bin darüber informiert, dass ohne eine entsprechende Testung auf eine SARS CoV-2-Infektion bzw. bei einem positiven Testergebnis, mir der Zugang zu der Einrichtung nicht gewährt werden kann.</p> <p>Ich bin darüber informiert, das lt. Infektionsschutzgesetz ein positives Testergebnis unverzüglich an das Gesundheitsamt gemeldet werden muss.</p> <p>Ich bin mit der Verarbeitung und Archivierung des Ergebnisses meiner Testung entsprechend der gesetzlichen Vorgaben einverstanden.</p>	
Datum	Unterschrift

Test-Datum			
Test-Produkt			
Firma			
Nummer			
Ablesung nach	<input type="checkbox"/> 10 Min.	<input checked="" type="checkbox"/> 15 Min.	<input type="checkbox"/> 20 Min. <input type="checkbox"/> 25 Min.
Ergebnis	<input type="checkbox"/> positiv		<input type="checkbox"/> negativ
Information des Getesteten/	<input type="checkbox"/>	Information Gesundheitsamt Nur bei positivem Testergebnis	<input type="checkbox"/>
Information der Direktion	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Datum	Unterschrift Pflegefachkraft		

Allgemeine Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter: www.gda.de/datenschutz

Erstellung/Änderung [] wesentlich mit Freigabe oder [] weniger wesentlich (nur Info)	Prüfung/Festlegung: (links ankreuzen) durch hauptverantwortl. AD o. FBL Abt./FB, Hr./Fr. Name AD oder FBL
Beteiligte bei Erstellung/Änderung: z.B. FBL/FB, Externe, etc., Hr./Fr. Name/n (wegen möglicher Rückfragen!)	Ggf. 2. Prüf.: sonst. beteiligte 2. Abt./FB, Hr./Fr. Name AD oder FBL
Datum: 20.10.2020 / Änd. xx.xx.xxxx	dann Info: vorsteh. GF/GL d. 2. Abt./FB, Hr./Fr. Name GF/GL <u>und</u> ggf. AD
Seite 1 von 1	Ggf. 3. Prüf.: sonst. beteiligte 3. Abt./FB, Hr./Fr. Name AD oder FBL
Version: 1.0 oder Änd. 1.1	dann Info: vorsteh. GF/GL d. 3. Abt./FB, Hr./Fr. Name GF/GL <u>und</u> ggf. AD
	GF/GL-Info und ggf. Freigabe: GF/GL hauptverantw. Abt./FB, Hr./Fr. Name