

# Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten



An das  
**Testzentrum Brühl**  
**Am BTV-Sportzentrum**  
**Von-Wied-Str. 2**  
(Testzentrum Brühl GbR  
Daberger Weg 14  
50321 Brühl)

Hiermit willige ich als Erziehungsberechtigte Person für

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse

\_\_\_\_\_  
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ)

in die Testung ein.

Im Namen der zu testenden Person stimme ich der Probenentnahme durch einen Abstrich mittels eines in die Nase und / oder Rachen eingeführten Wattestäbchens zu. Auch bei sorgfältigster Durchführung kann es in Einzelfällen zu Verletzungen, wie z.B. leichten Blutungen oder Reizungen kommen. Das Testzentrum Brühl übernimmt hierfür keine Haftung, die nicht auf Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit beruht.

Ich bin mir bewusst, dass ein negatives Testergebnis kein sicherer Ausschluss einer Covid-19-Infektion sein kann, sondern es nur den Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Testdurchführung bestmöglich darstellt.

Das Testzentrum Brühl übernimmt keine Haftung für den Fall, dass ein Befundbericht nicht innerhalb des angegebenen Zeitraums erstellt, dem Patienten übermittelt oder von ihm abgerufen werden kann. Dies gilt für jeden Corona-Test, der im Testzentrum Brühl durchgeführt wird.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Außerdem habe ich die AGB (<https://www.testzentrum-bruehl.com/agb>) und Datenschutzerklärung (<https://www.testzentrum-bruehl.com/datenschutz>) zur Kenntnis genommen und stimme der Verarbeitung meiner Daten sowie der Daten der Testperson, insb. zum Zwecke einer ordnungsgemäßen Testführung durch. Mir ist

bewusst, dass dies ein meldepflichtiger Test ist und die Daten der zu testenden Person bei positiv-Testung an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben werden.

Ich versichere, die zu testende Person über die Risiken bestmöglich aufgeklärt zu haben. Außerdem versichere ich, dass sich die zu testende Person entsprechend der Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Testzentrums Brühl verhalten wird.

Diese Einwilligung gilt lediglich für **eine** Testung.  
Sie muss also zu jeder Testung ausgefüllt mitgebracht werden.

\_\_\_\_\_  
Datum der Testung (bitte eintragen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte Person

Meine Daten:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse

\_\_\_\_\_  
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ)