

Einverständniserklärung Antikörpertest

zur Durchführung einer quantitativen Bestimmung von Neutralisierender Antikörper NAb gegen das Spike-Protein von Sars-CoV-2 (Covid-19-S-NAb-Test)

(Bitte ausgedruckt und ausgefüllt zum Test mitbringen)

Ich, _____

geboren am: _____

wohhaft in: _____

erkläre mich damit einverstanden, dass meine Probe auf das Vorhandensein von Neutralisierenden Antikörpern (S-NAb) gegen das Spike-Protein der SARS-CoV-2 Viren getestet wird.

- Mir ist bewusst, dass es bei Abnahme der Blutprobe an der Fingerbeere zu Schmerzen, Irritationen, Reizungen und Nachblutungen kommen kann.
- Mir ist bewusst, dass eine quantitative Bestimmung von Neutralisierender Antikörper (S-NAb) gegen das Spike-Protein von SARS-CoV-2 lediglich zur Information über den eigenen aktuellen Antikörpertiter dient.
- Ich weiß, dass die Teilnahme an der Testung kostenpflichtig ist.
- Mir ist bewusst, dass sich durch die Testmethode keine absolute Sicherheit garantieren lässt und die Analysemethode unrichtige Testergebnisse hervorbringen kann. Ich werde daraus keinerlei Ansprüche gegenüber dem DRK ableiten.

Datenschutzinformationen:

Im Rahmen des, bei Ihnen durchgeführten Immunologischen Antikörpertest erhebt der DRK-Kreisverband Ravensburg e.V. personenbezogene Daten. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Die Testergebnisse werden nicht weitergeleitet. Die Löschung der Daten erfolgt im Rahmen der allgemeinen Datenschutzrichtlinien. Als betroffene Person haben Sie das Recht auf Auskunft personenbezogener Daten und auf Berichtigung un-richtiger Daten sowie auf Löschung, sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe vorliegt, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Sie haben zudem das Recht auf Datenübertragbarkeit sowie auf Einschränkung der Datenverarbeitung. Ferner haben Sie das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung des Covid-19-S-NAb-Tests (Antikörpertest), insbesondere der Blutprobenentnahme an der Fingerbeere mittels Stechlanzette durch geschultes DRK-Personal einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der zu testenden Person bzw. Erziehungs- /Sorgeberechtigte