

**Anlage****Einwilligungserklärung und Datenschutzhinweis nach Art. 13 DSGVO gegenüber  
\_\_\_\_\_ (Firma, Anschrift) – im folgenden Arbeitgeber genannt**

Hiermit erteile ich,

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

die Einwilligung zur Durchführung eines Abstrichs im Nasen-Rachen-Raum (Nasopharynx) mit anschließendem Antigen-Schnelltest und/oder PCR-Test zum Nachweis einer akuten COVID-19-Erkrankung/Infektion mit SARS-CoV-2. Mir ist bewusst, dass diese Einwilligungen freiwillig ist und jederzeit widerrufen werden kann. Der Widerruf ist zu richten an: \_\_\_\_\_ (E-Mail-Adresse des Arbeitgebers) oder postalisch an: \_\_\_\_\_ (Anschrift des Arbeitgebers).

Nach Erhalt des Widerrufs wird der Arbeitgeber die betreffenden Daten nicht mehr verarbeiten bzw. löschen, sofern keine gesetzlichen Verpflichtungen entgegenstehen.

Sofern eine akute Infektion mit SARS-CoV-2 bzw. eine Erkrankung an COVID-19 nachgewiesen wird, handelt es sich um eine meldepflichtige Infektion/Krankheit nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG). In diesem Fall müssen Ihre personenbezogenen Daten zusammen mit dem positiven Testergebnis vom Arbeitgeber bzw. im Falle des PCR-Test von dem Labor den zuständigen Gesundheitsbehörden gemeldet/übermittelt werden (§ 8 IfSG i.V.m. Art. 6 Abs. 1 lit. d), Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO).

Die bei den Untersuchungen erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich für Zwecke des Infektionsschutzes im Sinne des IfSG verarbeitet (§ 25 Abs. 3 Satz 4 IfSG). Die Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Sie sind berechtigt, Auskunft der beim Arbeitgeber über Sie gespeicherten Daten zu beantragen sowie bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten zu fordern.

Den Datenschutzbeauftragten des Arbeitgebers können Sie unter \_\_\_\_\_ (E-Mail-Adresse des Datenschutzbeauftragten) oder unter \_\_\_\_\_ (Anschrift des Datenschutzbeauftragten) erreichen. Ihnen steht des Weiteren ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde zu.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift zudem, dass ich die Gelegenheit hatte, Antworten auf alle meine (medizinischen) Fragen zu erhalten und mir vor der Einwilligung ausreichend Bedenkzeit eingeräumt worden ist.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift