

Im Rahmen der Corona-Pandemie werden in den Einrichtungen der Bonner Werkstätten, Lebenshilfe Bonn, gGmbH entsprechend der aktuellen Test-Verordnung des Bundes und den entsprechenden Regelungen in NRW Corona-Schnelltests, sog. PoC-Antigentests angeboten.

Die PoC-Testung wird anhand eines dem Gesundheitsamt Bonn und dem Rhein-Sieg-Kreis vorliegenden Konzeptes von dafür geschulten Mitarbeitenden durchgeführt. Das Ergebnis der PoC-Tests liegt in der Regel innerhalb weniger Minuten vor und wird dokumentiert. Im Falle eines positiven Testergebnisses werden die weiteren Maßnahmen mit dem zuständigen Gesundheitsamt geklärt. Der/Die Mitarbeiter\*in muss sich bei Vorliegen eines positiven Schnelltest in Quarantäne begeben. **Die Durchführung einer möglichen Testung ist freiwillig.**

Für eine mögliche Durchführung des Antigen-Schnelltests benötigen wir die Einwilligung folgender Person:

Name Mitarbeiter\*in: \_\_\_\_\_

Werk / Arbeitsbereich: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigte\*r/  
gesetzliche Betreuung: \_\_\_\_\_

**Keine Einwilligung**

Ich bin **nicht** damit einverstanden, dass die Bonner Werkstätten bei dem/der o.g. Mitarbeiter\*in Corona-Testungen nach den o.g. Testmethoden und unter Berücksichtigung der o.g. gültigen und verbindlichen Verordnungen sowie nach dem durch das zuständige Gesundheitsamt geprüften Testkonzeptes Antigen Schnelltest durchführt und dies dokumentiert wird.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter\*in

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Gesetzliche Betreuung

**Einwilligung**

Name Mitarbeiter\*in: \_\_\_\_\_

Werk / Arbeitsbereich: \_\_\_\_\_

ggf. Bevollmächtigte\*r/  
gesetzliche Betreuung: \_\_\_\_\_

**Ich bin** damit **einverstanden**, dass die Bonner Werkstätten bei dem/der o.g. Mitarbeiter\*in Corona-Testungen nach den o.g. Testmethoden und unter Berücksichtigung der o.g. gültigen und verbindlichen Verordnungen sowie nach dem durch das zuständige Gesundheitsamt geprüften Testkonzept Antigen-Schnelltests durchführt und dies dokumentiert wird. Die Einwilligung gilt ab sofort und bis auf Widerruf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter\*in\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Gesetzliche Betreuung