

# ANTIGEN Schnelltest - COVID-19 - TEST Antigenico RAPIDO

Der/die Unterfertigte/ io sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

geboren am / data di nascita \_\_\_\_\_

Steuernummer / codice fiscale \_\_\_\_\_

Mobil-Tel. Nummer / numero cellulare \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse / indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Wohngemeinde, Adresse  
/ comune di domicilio, indirizzo \_\_\_\_\_

In der Eigenschaft als / In qualità di **♦ direkt Betroffene/r / diretto/a interessato/a**

Als **Elternteil** oder Sorgeberechtigte/r von: / in qualità di **genitore** o tutore legale per:

Nachname und Name / nome e cognome \_\_\_\_\_

geboren am / data di nascita \_\_\_\_\_ in / a \_\_\_\_\_

Raucher / fumatore  Ja/sì  Nein/no  Grippe Impfung / vacc. antiinfluenzale  Ja/sì  Nein/no

Anzahl zusammenlebender Personen im Haushalt / n° componenti del nucleo familiare convivente ① ② ③ ④ ⑤ \_\_\_\_\_

**SYMPTOME** / SINTOMI  Ja/sì  Nein/no  **KONTAKTE mit COVID +** / CONTATTI con persona COVID +  Ja/sì  Nein/no

seit / dal \_\_\_\_\_

am / il \_\_\_\_\_

Fieber  febbre  
Husten  tosse  
Kopfschmerzen  cefalea  
Gliederschmerzen  dolori muscolo-articolari  
Halsschmerzen  mal di gola

Schwäche  astenia  
Übelkeit  nausea/malessere  
Durchfall  diarrea  
Geruchs/Geschmack  alterazione gusto/olfatto  
Schnupfen  raffreddore/rinorrea

**Ich stimme** der Durchführung des SARS-Cov-2 Antigen-Schnelltests SD Biosensor COVID-19 und der **Übermittlung** der Ergebnisse sowie der angegebenen persönlichen Daten an die örtlichen Gesundheitsbehörden in voller Übereinstimmung mit den geltenden Datenschutzbestimmungen zu. Ich wurde aufgeklärt, dass der Test eine Sensitivität von 96.52% und eine Spezifität von 99.68% hat.

**Acconsento** all'esecuzione dell'esame SARS-Cov-2 con tampone antigenico rapido Test SD Biosensor COVID-19, e alla **trasmissione** degli esiti e dei dati personali indicati alle autorità sanitarie locali nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy. Sono stato informato del 96.52% di sensibilità e 99.68% di specificità del test.

**IN DEM BEWUSSTSEIN, dass**

- 1) **Im Falle eines positiven Befundes ab dem Datum der Testdurchführung die Quarantäne aktiviert und ein Antrag auf einen molekularen PCR-Test zur Bestätigung von Covid-19 an das Hygiene-Institut gestellt wird.**
- 2) **Wenn der Test negativ ist, liegt es im Ermessen des Arztes, im Zweifelsfall oder bei Symptomen eine PCR-Testung zur Bestätigung anzufordern.**

**CONSAPEVOLE che**

- 1) **in caso di positività scatta immediatamente, dalla data di esecuzione del test, l'obbligo di quarantena e verrà fatta richiesta al dipartimento di territorio di un test PCR molecolare Covid-19 di conferma.**
- 2) **In caso di negatività del test sarà a discrezione del medico, in casi dubbi o sintomatici, richiedere un tampone molecolare PCR di conferma.**

Datum/ Data \_\_\_\_\_ Unterschrift / Firma \_\_\_\_\_

Testergebnis / Esito del Test  **POSITIV/ POSITIVO (+)**  **NEGATIV / NEGATIVO (-)**