

Einverständniserklärung

für den Abstrich und SARS-CoV-2 Antigen Test

Testergebnis

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse und Tel.-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Hiermit erklärt sich die oben genannte Person mit der Durchführung eines Nasen- und Rachenabstriches zum Zwecke der SARS-CoV2 Antigen Testung einverstanden.

Datum, Unterschrift

Der Test ist Negativ Positiv

Für positiv getestete Personen:

Bitte informieren Sie sofort telefonisch Ihren Hausarzt, dieser wird dann die weiteren notwendigen Schritte einleiten.

Der Test wurde durchgeführt von: _____

Die Datenerhebung erfolgt unter der Berücksichtigung des Art. 13 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Thema Einverständniserklärung SARS-CoV-2 Antigen Test	Bearbeiter	Freigabedatum	Änderungsstand 10.03.2021	Seite 1
---	------------	---------------	------------------------------	------------