

Datum

Getestete Person

Name, Vorname:

Hiermit willige ich in die Durchführung eines PoC-Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 ein.

Auch bei einem negativen Testergebnis müssen die aktuell geltenden Vorgaben (Maske tragen, Abstand halten, Händehygiene) eingehalten werden!

Mir ist bewusst, dass meine Daten bei einem positiven Testergebnis an das Gesundheitsamt übermittelt werden.

Unterschrift

Datum

Getestete Person

Name, Vorname:

Hiermit willige ich in die Durchführung eines PoC-Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 ein.

Auch bei einem negativen Testergebnis müssen die aktuell geltenden Vorgaben (Maske tragen, Abstand halten, Händehygiene) eingehalten werden!

Mir ist bewusst, dass meine Daten bei einem positiven Testergebnis an das Gesundheitsamt übermittelt werden.

Unterschrift