

Einwilligungserklärung zur freiwilligen PoC-Antigen-Testung
(bitte gut lesbar schreiben)

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Kontakt (Telefon oder Mail): _____

- Ich bin über die Freiwilligkeit und den Ablauf des PoC-Antigen-Tests informiert worden.
- Ich habe ein Informationsschreiben bzgl. des Testverfahrens zur Kenntnis genommen.
- Ich habe die Information zum Datenschutz nach Art. 13 DS-GVO zur Kenntnis genommen.
- Ich stimme dem heutigen PoC-Antigen-Test zu

Ich habe die Informationsschreiben zur Testverordnung und zum Datenschutz zur Kenntnis genommen. Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass bei einem positiven Testergebnis die personenbezogenen Daten an das zuständige Gesundheitsamt weitergeleitet werden müssen. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich bei einem positiven Testergebnis verpflichtet bin, mich umgehend an das zuständige Gesundheitsamt zu wenden.

Datum

Unterschrift