



Selbstauskunft im Rahmen eines Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 (PoC-Test)

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ, Wohnort:
Tel.:	Geburtsdatum:

Wir sind verpflichtet Ihre Daten bei einem positiven Testergebnis dem zuständigen Gesundheitsamt zur Verfügung zu stellen. Hiermit geben Sie Ihr Einverständnis das die Übermittlung telefonisch oder per E-Mail erfolgt. Weiterhin bestätigen Sie, dass keine Corona Symptome bei Ihnen oder einer in Ihrem Haushalt lebenden Person (wie z.B. erhöhte Temperatur, Husten, Atemnot) bestehen und Sie in den letzten 14 Tagen keinen bekannten Kontakt zu einer Corona Covid-19 infizierten Person hatten.

Forst, _____

Unterschrift:

Einverständniserklärung zur Abstrichentnahme

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Abstrichentnahme (nasopharyngeal/ Nasen-Rachen-Abstrich) im Rahmen eines Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 (PoC-Test).

Name:	Vorname:
-------	----------

Forst, _____

Unterschrift:

Übermittlung Ergebnis bei positivem Testergebnis

Hiermit bestätige ich, dass ich über ein positives Testergebnis informiert wurde. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich mich häuslich absondere und mich bei meinem zuständigen Gesundheitsamt melde. Ebenfalls erlaube ich das meine Daten durch das Testzentrum an das Gesundheitsamt übermittelt werden dürfen.

Name:	Vorname:
-------	----------

Forst, _____

Unterschrift: