

Einverständniserklärung PoC-Antigen-Testung

Nachname, Vorname: _____
(Druckbuchstaben)

Anschrift: _____

Bürger

Schüler

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung. Ich wurde über die Durchführung, mögliche Risiken (z.B. Schleimhautverletzung, Blutungen insbesondere bei Einnahme von Blutverdünnern) und die Datenschutzrichtlinien aufgeklärt. Bei einem positiven Ergebnis ist die Weitergabe an das zuständige Gesundheitsamt vorgeschrieben (gemäß Infektionsschutzgesetz § 6).

Datum

Unterschrift

Testergebnis: positiv

negativ

Datum

Unterschrift