

Anmeldeformular PoC-Antigen-Schnelltests

Datum & Uhrzeit _____

Nachname, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Geschlecht _____

Geb. Datum _____

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung des Tests und Verarbeitung und Speicherung der angegebenen Daten einverstanden. Zudem bestätige ich, dass ich die Aufklärung gelesen und verstanden habe und dass keines der Ausschlusskriterien zutrifft. Ich bin damit einverstanden, dass die Testung auf Wunsch regelmäßig (mindestens 1 x / Woche) durchgeführt wird, die Aufklärung gilt somit als Daueraufklärung / Serienaufklärung. Meine Erklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift / sorgeberechtigte Person(en)

Wird von Administration ausgefüllt

Laufnummer: