



## Einverständniserklärung COVID-19 Antigen Schnelltest

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

**TESTZENTRUM**

Teststellennr. 12212

 02332 - 1718705

 info@mbd-en.de  
www.mbd-en.de

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

männlich

weiblich

divers

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ/ ORT

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

### Datenschutzhinweis

Im Zusammenhang mit der Testung werden personenbezogene Daten von Ihnen wie Namen, Kontaktdaten, Geburtsdatum und Gesundheitsdaten (Test positiv, Test negativ) verarbeitet. Die Daten werden verarbeitet, um Sie eindeutig zu identifizieren und ggfs. mit Ihnen in Kontakt treten zu können.

Bei einem negativen Testergebnis verbleiben diese ausschließlich beim MBD Testzentrum und werden nach 4 Wochen gelöscht. Ist der Test positiv, sind wir gem. Art. 6 Abs. 1 lit. c, Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. §§ 6, 8 Infektionsschutzgesetz (IfSG) dazu verpflichtet, Ihre Daten an die zuständige Gesundheitsbehörde weiterzuleiten.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Durchführung der freiwilligen Testung ein.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum