



Einverständniserklärung COVID-19 Antigen Schnelltest

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und amtlichen Lichtbildausweis bereithalten.

TESTZENTRUM

Teststellennr. 12146

 02332 - 1718705

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

Vorname

Name

männlich

weiblich

divers

Geburtsdatum

Straße Nr.

PLZ/ORT

Telefonnummer

Möchten Sie das Ergebnis in die Corona Warn App?

ja

nein

Einwilligung zur Durchführung des Tests und Verarbeitung meiner Daten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erteile meine Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung (und ggf. Weiteren PCR-Testung) nach den Vorschriften der „Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung-TestV)“ in der jeweils geltenden Fassung gegenüber dem oben genannten Teststellenbetreiber.

Mit Ihrer Einverständnis für die Testung müssen Sie Ihre persönlichen Daten nach § 7 Abs. 5.5 Coronavirus-TestV (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Telefonnummer, Anschrift, E-Mail-Adresse) zur Verfügung stellen. Im Fall eines positiven Testergebnisses sind wir nach § 7 i.V.m. § 8, § 9 IfSG zur Meldung der Daten an die zuständige Behörde verpflichtet. Ohne diese Daten können wir keine Testung durchführen.

Datum

Unterschrift