



## Einverständniserklärung COVID-19 Antigen Schnelltest

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und amtlichen Lichtbildausweis bereithalten.

### TESTZENTRUM

Teststellennr. 12281

 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