

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ANTIGEN-TEST

SARS-COV-2 / COVID-19

Fortlaufende
Personendatenblatt-Nummer

ZU TESTENDE PERSON:

Nachname		Geburtsdatum	
		Geschlecht	M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
Vorname		SV-Nummer	
PLZ, Ort		Mobil-Telefon	
Straße, Hausnummer		E-Mail	

Hiermit erkläre ich ausdrücklich meine Zustimmung zur elektronischen Erfassung und Weiterverarbeitung meiner Daten sowie die freiwillige Durchführung eines Testabstrichs zur Durchführung eines Antigen-Schnelltests aus SARS-COV-2 / COVID-19 (gemäß Informationen und Datenschutzerklärung unter <https://oesterreich-testet.at/assets/datenschutzerklärungCovid19.pdf>)

Vor- Nachname _____ geboren am: _____

Datum

Unterschrift

!!!! BEREICH ZUM BESCHRIFTEN und AUSFÜLLEN durch die TESTSTATION !!!!

Nummer, Teststraße:

Datum / Uhrzeit:

Testergebnis: **NEGATIV** **POSITIV** **NICHT AUSWERTBAR**

Ablesung des Ergebnisses durch:

Datum und Unterschrift