

Vorname/Nachname:

Uhrzeit:

Adresse:

Geburtsdag:

Telefonnummer:

## **Einverständniserklärung zur Durchführung eines PoC-Antigen Schnelltests**

**Ich bin mit der Durchführung eines PoC-Antigen-Schnelltests und der namentlichen Meldung eines positiven Schnelltestergebnisses an das zuständige Gesundheitsamt einverstanden.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der zu testenden Person

---

Unterschrift der/des Teststellenverantwortlichen

Stempel der Teststelle