



## Anmeldebogen Antigen - Schnelltest

LFD - NR _____	Wird vom Personal ausgefüllt Corona Warn APP <input type="checkbox"/> Druck <input type="checkbox"/> Test ID.: _____
----------------	---

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Haben Sie Symptome einer Erkrankung  NEIN  JA

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Hochrisiko- oder Virusvariantengebiet  NEIN  JA

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit positivem Ergebnis aus Covid 19  NEIN  JA

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen Positiven PCR-, Schnell-, oder Selbsttest  NEIN  JA

### Einverständniserklärung

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift einverstanden, das ein Schnelltest durchgeführt werden darf. Im Falle eines positiven Testergebnis ist mir bewusst das meine Daten an das Gesundheitsamt weitergemeldet werden. Ihre Daten werden nur zum Zweck der Testung erhoben.

Mir ist bewusst das der Test freiwillig ist und ich meine Einverständnis jederzeit, vor Abnahme des Testes, zurückziehen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten notwendig.