



Einverständniserklärung PoC-Antigen-Testung

Vor- und Zuname: _____

(Druckbuchstaben)

Anschrift: _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

Mailadresse _____

Die bei den Untersuchungen erhobenen personenbezogenen Daten dürfen nur für Zwecke des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) verarbeitet und genutzt werden (entsprechend § 25 Abs. 3 Satz 4 IfSG sowie § 5 DSGVO).

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung. Ich wurde in einem Informationsgespräch über die Durchführung, die Risiken und die Datenschutzrichtlinien aufgeklärt und bestätige hiermit, dass ich alles verstanden habe

Das Einverständnis ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich in dieser Kalenderwoche noch keine Bürgertestung in Anspruch genommen habe.

Ort / Datum

Unterschrift