



Anmeldung Antigen-Schnelltest

Nachname: _____

Vorname: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.: _____

Unterkunft:

Blutverdünnung? **Ja** **Nein** **Wenn ja, welche?** _____

Hiermit bestätigte ich, dass ich mich auf eigenen Wunsch testen lasse. Ich nehme zur Kenntnis, dass der Test gemäß den Angaben des Herstellers durchgeführt wird. Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten zur Durchführung und Bestätigung der von mir gewünschten Testung erfasst und dokumentiert werden. Ich bestätige, dass meine Angaben korrekt sind. Weiters stelle ich sicher, dass ich nach dem Test telefonisch erreichbar bin.

Datum/Ort

Unterschrift

Vom Arzt auszufüllen:

Datum / Uhrzeit:

Test Nr.

Ergebnis Pos / Neg