

**Teilnahme Gästescreening am (Datum) \_\_\_\_\_**

**Bitte in BLOCKSCHRIFT ausgefüllt in die Gästeinformation Neustift  
bringen!**

**Ankunft Datum:** \_\_\_\_\_ **Abreise Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterkunft:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Nachname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Geschlecht:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**Postleitzahl:** \_\_\_\_\_

**Gemeinde:** \_\_\_\_\_

**Mobiltelefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Verwendung meiner  
personenbezogenen Daten für einen PCR-Test durch das Labor Dr. Theurl, Franz Fischer  
Straße 7b, 6020 Innsbruck sowie zur Übermittlung des Testergebnisses.**

**Ich nehme zur Kenntnis, dass ein allfälliges positives Testergebnis an die  
Gesundheitsbehörden weitergegeben wird.**

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_