

## Einverständniserklärung zur Durchführung eines Antigen-Schnelltest

Name, Vorname:

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

---

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ich, erkläre mich durch Abgabe einer Probe (Gewebe/Abstrich/Körperflüssigkeit) damit einverstanden, dass diese Probe auf das Vorhandensein von Covid-19 Viren und/oder Antikörper getestet wird von

- Rettungssanitäter Anker-Med
- medizinische Fachkraft

einverstanden.

### Einwilligungserklärung in die Verarbeitung meiner Daten

Die Verarbeitung der obenstehenden Daten ist für die Durchführung der Testungen und die Weiterleitung der Testergebnisse erforderlich und erfolgt gemäß §6 Nr. 4 DSGVO. Mit meiner Bereitschaft zur Durchführung einer Testung stimme ich der Verarbeitung meiner Daten zu den genannten Zwecken zu. Ohne die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ist die Durchführung einer Testung nicht möglich.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den oben genannten Verarbeitungszwecken einverstanden

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

### Auszufüllen durch den Tester:

Temperaturmessung: \_\_\_\_\_

Antigentest **DEDIATEST 2019-nCoV-Antigen Rapid Test**

**LOT: NCP21030027 / Mhd 2023/03**

Testergebnis Antigentest  Negativ  Positiv

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

Tester: \_\_\_\_\_