

Name, Vorname	geb. am	
Straße, Hausnummer		Tel. Erreichbarkeit
Postleitzahl, Wohnort		E-Mail Adresse

## **Einverständniserklärung zur Durchführung eines PoC-Antigen Schnelltests**

**Ich bin mit der Durchführung eines PoC-Antigen-Schnelltests und der namentlichen Meldung eines positiven Schnelltestergebnisses an das zuständige Gesundheitsamt einverstanden.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu testenden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Teststellenverantwortlichen

Stempel der Teststelle
------------------------