

Einverständniserklärung



Datenerfassung* Schnelltest/PCR Test

Name:

Krankenkasse:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Tel.-Nr.:

e-Mail:

SYMPTOMFREIHEIT

- Hiermit bestätige ich, dass ich zum Zeitpunkt des Schnelltestes/PCR Testes keinerlei Symptome von Covid-19 habe.
(Fieber, Geruchs-Geschmacksverlust, trockener Husten, Halsschmerzen)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Es wird ein Abstrich im Nasen-/Rachenraum entnommen, dazu wird ein Tupfer benutzt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass es zu Reizungen des Nasen- oder Rachenraumes, zu leichtem Nasenbluten, Augentränen und/oder Würgereiz kommen kann.

Der Test wird nur mit Ihrem Einverständnis und Unterschrift durchgeführt!

Bitte folgen Sie den Anweisungen des Testteams.

- Einverstanden
- Nicht einverstanden

Dresden, den

Unterschrift der zu testenden Person
ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Bitte bringen Sie zum Test Ihren **PERSONALAUSWEIS** und Ihre **KRANKENKASSENKARTE** mit!

Testcenter Dresden GbR www.dresden-testet.de

* **Hinweis zur Datenverarbeitung:** Wir respektieren Ihre Privatsphäre und verarbeiten personenbezogene Daten im Rahmen des aktuellen Datenschutzrechts nur aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder wenn Sie in die Verarbeitung einwilligen. Sie können jederzeit Auskunft über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten zu Ihrer Person erhalten und Ihre Einwilligung widerrufen.