



Einverständniserklärung zur Durchführung eines Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift:

Mit Unterzeichnung dieser Erklärung gebe ich mein Einverständnis zur Durchführung eines Abstrichs im Nasen-Rachen-Raum mit anschließender Durchführung eines Antigentests zum Direktnachweis von SARS-CoV-2.

Datum / Ort / Unterschrift d. getesteten Person