



Einverständniserklärung

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Über Nutzen und Aussagekraft des Antigen-Schnelltests sowie über Risiken der Durchführung und mögliche Folgen eines Antigentests in Abhängigkeit von dem Testergebnis bin ich ausreichend informiert.

Ich bin mir bewusst, dass die Durchführung des Tests auf freiwilliger Basis erfolgt und dass weder das Test-Personal noch das DRK für etwaige Schäden, Verdienstauffälle oder sonstige mir eventuell im Zusammenhang mit dem Testergebnis entstehende Nachteile haften.

Ich bin mit der Durchführung des Corona-Antigen-Schnelltest am heutigen Tag einverstanden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift mein Einverständnis zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Terminbuchung und Durchführung eines Coronatestes. Die personenbezogenen Daten werden durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, die Kassenärztliche Vereinigung, die kooperierenden Labore sowie die zuständigen Gesundheitsämter verarbeitet. Ich bin mit der Kontaktaufnahme und Mitteilung meines Testergebnisses per E-Mail, Telefon, SMS oder postalisch einverstanden.

Die ausführliche Aufklärung zum Datenschutz ist online unter www.testzentrum.saarland.de abrufbar.

Datum

Unterschrift: