

Vorname/Nachname:

Uhrzeit:

Adresse:

Geburtstag:

Telefonnummer:

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.

Bremen,

Ort, Datum

Unterschrift der zu testenden Person

Stempel der Teststelle

Unterschrift der/des Teststellenverantwortlichen