



Anmeldeformular Corona-Antigen-Schnelltest / PoC-Test:

Name, Vorname, Geburtsdatum:

wohnhaft PLZ: _____ Ort: _____

Straße/Nr. _____

Tel-Nr. _____ mobil: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich **keine** Covid-19-spezifische Krankheitszeichen (z.B. Fieber, trockenen Husten, Atemprobleme, Verlust des Geschmacks-/Geruchssinn, Hals-, Gliederschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall..) aufweise

und / oder

in den vergangenen 14 Tagen **keinen** bewussten Kontakt zu einem nachweislich mit SARS-Cov-2 Infizierten hatte bzw. mich in einem Risikogebiet aufgehalten habe

und / oder

in den letzten 14 Tagen **kein** positiver PCR-Test bzw. Corona-Antigen-Schnelltest ermittelt wurde und ich mich **nicht** in Quarantäne befinde.

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten in der Praxis gemäß den Datenschutzbestimmungen gespeichert werden und im Bedarfsfall an die entsprechende Gesundheitsbehörde weitergeleitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen,
Erziehungsberechtigter)