

AKTION „OBERÖSTERREICH TESTET“

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ANTIGEN-TEST

SARS-COV-2 / COVID-19



Zu testende Person:

Name		Geburtsdatum	
		Geschlecht	
Vorname		SV-Nummer (10-stellig)	
PLZ, Ort		Mobiltelefon- Nummer	
Straße, Hausnummer		E-Mail	

- Hiermit erkläre ich ausdrücklich meine Zustimmung zur elektronischen Erfassung und Weiterverarbeitung meiner Daten sowie die freiwillige Durchführung eines Testabstrichs zur Durchführung eines Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 / Covid-19 (gemäß Informationen und Datenschutzerklärung unter <https://oesterreich-testet.at/assets/datenschutzerklärungCovid19.pdf>)
- Hiermit erteile ich die Einwilligung und Zustimmung zur Durchführung der Probennahme als Elternteil, Sorgeberechtigte(r), Erwachsenenvertreterin/Erwachsenenvertreter

Vor- und Nachname: _____ geboren am: _____

Datum, Unterschrift

BEREICH ZUM BESCHRIFTEN und AUSFÜLLEN durch die TESTSTATION!

Nummer, Teststraße: _____

Testtag: _____

Datum / Uhrzeit: _____

**HIER ETIKETTE
EINKLEBEN**

Fortlaufende Personendatenblatt-Nummer

TESTERGEBNIS: NEGATIV POSITIV NICHT AUSWERTBAR

Ablesung des Ergebnisses durch: _____
Datum, Unterschrift