

## **Anmeldeformular Corona- Antigen-Schnelltest**

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vor- und Nachname:

Straße:

PLZ/ Ort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Termindatum:

Uhrzeit:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Selbstzahler   | <input type="checkbox"/> Unter 12 Jahren            |
| <input type="checkbox"/> Medizinische Kontraindikation                            | <input type="checkbox"/> Schwanger/ Stillend        |
| <input type="checkbox"/> Teilnehmer klinische Studie                              | <input type="checkbox"/> Kontaktperson/ Freitestung |
| <input type="checkbox"/> Student (geimpft mit in EU nicht zugelassenem Impfstoff) |   |

Hiermit bestätige ich, dass aktuell keinerlei Symptome auf eine Infektion mit dem Coronavirus habe. Ich bin außerdem damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten im Falle eines positiven Testergebnisses an das Gesundheitsamt Olpe übermittelt werden. Die Datenschutzerklärung auf <https://testzentrum-saalhausen.de> habe ich gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

(bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)

Hiermit bestätige ich, dass ich bei kostenlosen Tests die entsprechenden Nachweise (ärztliche Bescheinigung/Mutterpass/Teilnahmebescheinigung Studie/Ausweisdokument/Impfpass) gesehen, nach bestem Wissen und Gewissen geprüft und den Test durchgeführt habe.

Unterschrift Mitarbeiter Testzentrum: