

Fortlaufende Laufzettel-Nummer

Aktion "Burgenland testet"

Einwilligungserklärung Covid-19 PCR-Test SARS-CoV-2 / Covid-19

Termin: Zu testende Person

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

- Hiermit erkläre ich ausdrücklich meine Zustimmung zur elektronischen Erfassung und Weiterverarbeitung meiner Daten sowie die freiwillige Durchführung eines Testabstrichs zur Durchführung eines PCR-Tests auf SARS-CoV-2 / Covid-19 (gemäß Informationen und Datenschutzerklärung auf https://www.burgenland.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Corona/Datenschutz/Datenschutzerklaerung_PCR-Test.pdf)
- Hiermit erteile ich die Einwilligung und Zustimmung zur Durchführung der Probennahme als Elternteil, Obsorgeberechtigte(r), Erwachsenenvertreterin/Erwachsenenvertreter

Vorname Nachname _____ geboren am _____

Datum, Unterschrift

BEREICH ZUM BESCHRIFTEN und AUSFÜLLEN durch die SCREENING-STATION!

Kürzel/Nr. der Testlinie _____

Datum / Uhrzeit _____ / _____ : _____

_____ Fortlaufende Proben-Nummer oder Barcode- Etikett
--

Ablesung des Ergebnisses durch (Vorname Nachname)

Handzeichen oder Unterschrift