

Anmeldung für einen PoC-Antigentest auf SARS-CoV-2 in der Apotheke Hiddesen



Hiermit melde ich mich zur Bürgertestung gemäß TestV Bund an.

Anrede _____

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Wohnort _____

Uhrzeit _____

Datum _____

Zustimmung zur Datenverarbeitung und Übermittlung des Testergebnisses

Mit meiner Anmeldung stimme ich der Datenverarbeitung der von mir eingegebenen personenbezogenen Daten gemäß der Datenschutzerklärung zu. Die Daten werden im Namen und Auftrag der Apotheke Hiddesen erfasst und verarbeitet. Die Erfassung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Protokollierung und Dokumentation der Testabwicklung. Im Falle eines positiven PoC-Antigentests stimme ich der Übermittlung meiner personenbezogenen Daten und des Testergebnisses an das zuständige Gesundheitsamt des Kreises Lippe zu.

Die Ergebniserteilung erfolgt schriftlich vor Ort.

Bestätigung der Symptommfreiheit

Mit meiner Anmeldung versichere ich, dass ich zum Zeitpunkt der Abstrichnahme keine grippeähnlichen Symptome wie Husten, Fieber, Atemnot oder sonstige Erkältungssymptome vorweise. Sollten sich diese Symptome vor der Testung einstellen, versichere ich, den vereinbarten Testtermin nicht wahrzunehmen und zu stornieren.

Hinweis: Bei grippeähnlichen Symptomen wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt oder Ihr zuständiges Gesundheitsamt.

.....
Unterschrift