

Anmeldeformular für einen PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 in der Apotheke Hiddesen



Hiermit melde ich mich zur Bürgertestung gemäß TestV Bund an.

Anrede	
Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Straße & Hausnummer	
PLZ & 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.

Das Testergebnis soll in die Corona-Warn-App übermittelt werden

Ja **Nein (Die Ergebnismitteilung erfolgt schriftlich vor Ort)**

Grund der Testung erfragt

Bestätigung der Symptomfreiheit

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift