



**Viel drin.
Viel draußen.
Feel good.**

Einverständniserklärung COVID-19 Antigen Schnelltest

Die Stadt Alpirsbach benötigt meine unten angegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck eines COVID-19 Antigen Schnelltests:

Testnummer

Name:	
Vorname:	
Geb.Datum:	
Anschrift:	
Telefon:	
E-Mail:	

- Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung eines Nasen-Rachenabstriches durch einen ehrenamtlichen Helfer zur Entnahme von Proben zum Zwecke des qualitativen Nachweises von viralen SARS-CoV-2 Nukleoprotein-Antigenen einverstanden.
- Ich stimme zu, dass meine Daten und Ergebnisse bei einem positiven Testergebnis an mein örtliches Gesundheitsamt weitergegeben werden dürfen.

Der Test dient nur zur Feststellung von viralen SARS-CoV-2 Nukleoprotein-Antigenen und nicht zum 100%igen Ausschluss einer COVID-19 Infektion. Die Durchführung des Tests erfolgt unter Berücksichtigung aller notwendigen Vorkehrungen und wird nach Angaben des Herstellers und entsprechender Einweisung von geschultem Personal durchgeführt.

Ich bin des Weiteren darüber informiert worden, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der, bis zum Widerruf aufgrund meiner Einwilligung, erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

www.alpirsbach.de

**Öffnungszeiten
Stadtverwaltung**
Mo - Fr 08:30 bis 12:00 Uhr
Di 14:00 bis 18:00 Uhr

Kontakt
Tel 0 74 44 / 95 16 - 0
Fax 0 74 44 / 95 16 - 21 8
stadt@alpirsbach.de

Bankkonten
Kreissparkasse Alpirsbach
IBAN: DE04 6425 1060 0000 2005 87
BIC: SOLADES1FDS
Volksbank Mittlerer Schwarzwald e.G.
IBAN: DE47 6649 2700 0040 8340 01
BIC: GENODE61KZT

_____ , _____
Ort

_____ , _____
Datum

Unterschrift