



Einwilligungserklärung

Angaben zur untersuchenden Person:

Vor- & Nachname:

Adresse:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Angaben Erziehungsberechtigte/r:

Vor- & Nachname:

Adresse:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Hiermit willige ich ein und bestätige, dass

- Ich die vorliegenden Datenschutzbedingungen (vor Ort & auf der Homepage: <https://bielefeld-teststation.de/datenschutzerklaerung/>) akzeptiere.
- Die Erhebung meiner Kontaktdaten zur Bekämpfung der Corona-Pandemie erfolgt. Diese sind gem. § 6 I S.1. Nr. 1. t) i.V.m. § 8 I Nr. 5 und 7 und §9 IfSG notwendig und werden im Fall eines positiven Befundes an das Gesundheitsamt weitergeleitet.
- Der Test durchgeführt wurde und der Befund mir ausgehändigt wurde.
- Ich willige die zur Durchführung der SARS-CoV-2 PoC-Antigen-Schnelltest, für die erforderlichen medizinischen Maßnahmen (insbesondere der Entnahme von Abstrichen im Nasen-Rachenraum) bei dem vorgenannten Minderjährigen ein.
- meine einmalige Einwilligung dafür ausreicht, um weitere Bürgertestungen durchführen zu lassen

Datum

Unterschrift

Unterschrift
(ggf. Erziehungsberechtigte/r)