



**Ortsvereinigung Schrecksbach**

**Einverständniserklärung**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Einwilligung zur Abstrich-Entnahme**

Ich bin mit einer Entnahme eines Abstrichs über die Nase und ggf. über den Rachen einverstanden. Ich erkläre mein Einverständnis mit dem Ausschluss jeglicher Haftung des DRK-Ortsvereins Schrecksbach, seiner Mitglieder\*innen oder Helfer\*innen für Schäden jeglicher Art, sei es Personen-, Sach- oder sonstige Schäden, die durch oder im Zusammenhang mit der Abstrichentnahme entstehen könnten.

**Datenschutz**

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten bzw. geben diese weiter an:

- Gesundheitsamt  
Sollte sich der Test als Positiv herausstellen, werden wir das Gesundheitsamt hierüber informieren, damit weitere Schritte veranlasst werden können

Ich bin mit der Verarbeitung meiner angegebenen Daten und der Weitergabe, wie oben beschrieben, einverstanden.

Schrecksbach, den \_\_\_\_\_ (Unterschrift)

---

---

Test am \_\_\_\_\_, um \_\_\_\_\_ Uhr

Test: COVID-19-Antigen-Schnelltest von Shenzhen Lvshiyuan Biotechnology

Durchführende Person: \_\_\_\_\_

Testergebnis:  Positiv  Negativ

Unterschrift durchführende Person: \_\_\_\_\_