

Vorname/Nachname:

Uhrzeit:

Adresse:

Geburtstag:

Telefonnummer:

## **Einverständniserklärung zur Durchführung eines PoC-Antigen Schnelltests**

**Ich bin mit der Durchführung eines PoC-Antigen-Schnelltests und der namentlichen Meldung eines positiven Schnelltestergebnisses an das zuständige Gesundheitsamt einverstanden.**

Bremen,

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu testenden Person

Stempel der Teststelle

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Teststellenverantwortlichen