

Anmeldeformular

SARS-CoV-2-Antigen Schnelltest

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse: _____
(wichtig damit wir Ihnen das Testergebnis zuschicken können)

Tel. Nummer: _____

BITTE IMMER MITBRINGEN!

1. Versicherungskarte

2. Dieses Anmeldeformular ausgefüllt!

Bei Minderjährigen (< 18 J)

Name, Vorname der Erziehungsberechtigte:

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass an meinem Sohn / meine Tochter

_____ geboren am _____, ein SARS-CoV-2-Ag
schnelltest durchgeführt werden darf.

Datum, Unterschrift

Nur von Testzentrum auszufüllen

Patientennummer:

Test negativ

Test positiv