

Einverständniserklärung zur Durchführung eines Antigentest zum Nachweis des SARS-CoV-2 Virus

Getestete Person (vorab auszufüllen):

Name:

Vorname:

Straße:

Ort:

Geburtsdatum:

Telefonnummer Erziehungsberechtigten:

Hiermit stimme ich einer Testung meines minderjährigen Kindes zu:

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigten

Getestet vom DRK St. Georgen

Testdatum/Uhrzeit:

Testergebnis: positiv negativ

Wichtiger Hinweis bei positiven Testergebnis:

- Lassen Sie einen **PCR-TEST zur Bestätigung des Verdachts** auf eine Infektion mit SARS-CoV2 durchführen.
- **Beachten Sie die Quarantäneregeln!**

Die erhobenen Daten werden zu Abrechnungszwecken gespeichert und zur etwaigen Nachverfolgung bei positivem Testergebnis verwandt.