

Name:	
Adresse:	
geb. am:	

Nachweis über die Durchführung
eines **SARS-CoV-2**
Antigen POC Schnelltest

--	--	--	--

Testdatum

negativ	positiv	
---------	---------	--

Testergebnis (ggf. PCR-Testung) PCR-Test erfolgt

--	--

verwendeter Test/Hersteller

Unterschrift der getesteten Person

Stempel/Unterschrift

The SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test showed ___% of sensitivity and ___% of specificity

Ich bestätige mit meiner Unterschrift mein Einverständnis zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Terminbuchung und Durchführung eines Coronatestes. Die personenbezogenen Daten werden durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, die Kassenärztliche Vereinigung den Dienstleister Bookingkit GmbH, die kooperierenden Labore sowie die zuständigen Gesundheitsämter verarbeitet. Ich bin mit der Kontaktaufnahme und Mitteilung meines Testergebnisses per E-Mail, Telefon, SMS, oder postalisch einverstanden.

Die ausführliche Aufklärung zum Datenschutz ist online unter www.testzentrum.saarland.de abrufbar.