

## Anmeldeformular

### SARS-CoV-2-Antigen Schnelltest

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

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Tel. Nummer: \_\_\_\_\_ Ergebnis per E-Mail: Ja  Nein

### **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