TESTCENTER MARIENHAUS KLINIKUM HETZELSTIFT NEUSTADT/WEINSTRASSE

Speyerdorfer Str. 10 · 67433 Neustadt/Weinstraße 06321 859 55555

Anmeldeformular

PoC-Antigen-Schnelltests

 Datum & Uhrzeit

Nachname, Vorname

 Straße, Hausnummer

 PLZ, Wohnort

 Geschlecht

 Geb. Datum

 Telefonnummer

 E-Mail-Adresse

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung des Tests und Verarbeitung und Speicherung der angegebenen Daten einverstanden. Zudem bestätige ich, dass ich die Aufklärung gelesen und verstanden habe und dass keines der Ausschlusskriterien zutrifft. Ich bin damit einverstanden, dass die Testung auf Wunsch regelmäßig (mindestens 1 x / Woche) durchgeführt wird, die Aufklärung gilt somit als Daueraufklärung / Serienaufklärung. Meine Erklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift / sorgeberechtigte Person(en)

**Wird von Administration ausgefüllt**

Laufnummer: