

## Einverständniserklärung zur Covid 19-Testung

**Vor- und Zuname:  
(Druckbuchstaben)**

---

**Anschrift:**

---

---

**Geburtsdatum:**

---

**Telefonnummer:**

---

**E-Mail:**

---

**Hiermit bestätige ich mein Einverständnis zur Durchführung der Covid 19-Testung. Ich wurde über die Durchführung und die Datenschutzrichtlinien aufgeklärt und bestätige, dass ich alles verstanden habe.**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift (Vor- und Zuname)**