

Name, Vorname  x	Geb. am  x
Straße, Hausnummer  x	
PLZ, Wohnort  x	

ID Testperson:  
Fortlaufende Nr.

\_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung zur Durchführung eines PoC-Antigen Schnelltests

**Ich bin mit der Durchführung eines PoC-Antigen-Schnelltests und der namentlichen Meldung eines positiven Schnelltestergebnisses an das zuständige Gesundheitsamt einverstanden.**

Edenkoben,  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

x  
\_\_\_\_\_

Unterschrift der zu testenden Person

**Stempel der Teststelle**

**Mobiles Testen - Pfalz**

Edesheimer Straße 30

67480 Edenkoben

Tel.: 06323 - 98 99 329

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Testverantwortlichen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Impfunfähig aus med. Gründen                        | <input type="radio"/> Schwangere, Stillende und Wöchnerinnen              |
| <input type="radio"/> Jugendliche unter 18 Jahren                         | <input type="radio"/> Studienteilnehmer                                   |
| <input type="radio"/> Kinder unter 12 Jahre                               | <input type="radio"/> Studierende, geimpft mit nicht gelistetem Impfstoff |
| <input type="radio"/> Vormalig Infizierte zwecks Aufhebung der Quarantäne |   |