

Antigen Schnelltest COVID-19 Massentestung

BITTE LESERLICH AUSFÜLLEN!

Zu testende Person (Proband):

| | |
|-----------------------|----------------|
| Nachname: _____ | Vorname: _____ |
| Geburtsdatum: _____ | SVNr.: _____ |
| Telefonnummer: _____ | |
| E-Mail Adresse: _____ | |

Unterschrift des,

| | |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Probanden (zu Testenden) | |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigten / Sorgeberechtigten | |
| Nachname: _____ | Vorname: _____ |
| Geburtsdatum: _____ | SVNr.: _____ |
| Telefonnummer: _____ | |
| E-Mail Adresse: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Bevollmächtigten: | |
| Nachname: _____ | Vorname: _____ |
| Geburtsdatum: _____ | SVNr.: _____ |
| Telefonnummer: _____ | |
| E-Mail Adresse: _____ | |

(Datum, Ort und Unterschrift)

Nur durch das medizinische Team auszufüllen:

Linie: _____

Datum & Uhrzeit der Auswertung: _____

Testergebnis:

POSITIV

NEGATIV

Ablesung des Ergebnisses durch: _____

(Dienstnummer/Kürzel & Unterschrift)

*laufende Nummer
durch Testpersonal
hier aufkleben*