Einverständniserklärung Abstrich Nasen-Rachen-Raum (Nasopharynx)
für Tests zum Nachweis von SARS-CoV-2/ COVID-19

Angaben zur Person:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	
Anschrift	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
KFZ-Kennzeichen	

Ihre Erklärung:

Ich habe die **Anlage 1** incl. der **Hinweise zur Datenverarbeitung** gelesen, verstanden und akzeptiert. Durch die Unterzeichnung dieses Dokumentes erkläre ich mich mit der geplanten Untersuchung, der hierfür erforderlichen Proben-Entnahme, der anschließenden Auswertung sowie mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu diesem Zweck einverstanden und erteile hiermit den entsprechenden Auftrag. Ferner bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Gelegenheit hatte, Antworten auf alle meine (medizinischen) Fragen zu erhalten und mir vor der Einwilligung ausreichend Bedenkzeit eingeräumt worden ist.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift