

Von der getesteten Person auszufüllen

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer

Patientenname

Besucher-Code

Ich bin damit einverstanden, dass bei mir ein Test auf SARS- CoV-2 durchgeführt wird und meine Daten zu Dokumentationszwecken gespeichert werden.

Unterschrift

Testergebnis

positiv

negativ

Datum

Uhrzeit

Unterschrift (Tester)

Hinweis:

Personen die durch einen Antigen-Test positiv getestet wurden, sind laut Landesverordnung (VO Absonderung) verpflichtet sich umgehend in häusliche Isolation zu begeben. Dies gilt auch für deren Angehörige.

Diese Verpflichtung erlischt nur, wenn der absichernde PCR Test negativ. ausfällt.

Bitte veranlassen Sie umgehend selbst eine Abklärung durch einen PCR-Test. Bis zur endgültigen Abklärung besteht in unserer Einrichtung ein Betretungsverbot!

Gültig bis: 05.02.2023	Freigabe am: 05.02.2021	durch: S. Schwörer	Version 1.0
Letzte Änderung am: 05.02.2021		durch: M. Zeller	
Erstellt am:		durch: M. Zeller	