

**ATZE e. V.**  
**Varkausring 1b**  
**01796 Pirna**

## **Einverständniserklärung**

Stand: 02.12.2020

### **Einverständniserklärung zur PoC-Antigen-Testung**

Vor- und Zuname:  
(Druckbuchstaben) \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

ggf. derz. Aufenthaltsort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung. Ich wurde in einem Informationsgespräch über die Durchführung und die Datenschutzrichtlinien aufgeklärt und bestätige hiermit, dass ich alles verstanden habe.**

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vor- und Zuname)