

Einwilligungserklärung Antigen-Test

SARS-CoV-2

Zu testende Person

Nachname:		Geburtsdatum:	
Vorname:		SV-Nummer:	
Geschlecht:		Telefonnummer:	
PLZ, Ort		E-Mail Adresse:	
Straße, Hausnummer			

JKU Mitarbeiter*in AK Nr. _____

JKU Studierende Matr. Nr. _____

- Hiermit erkläre ich ausdrücklich meine Zustimmung zur elektronischen Erfassung und Weiterverarbeitung meiner Daten sowie die freiwillige Durchführung eines Testabstrichs zur Durchführung eines Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 / Covid-19 (gemäß Informationen und Datenschutzerklärung auf www.jku.at/datenschutz-coronatest)

Datum, Unterschrift

- Hiermit erteile ich die Einwilligung und Zustimmung zur Durchführung der Probenahme als Elternteil, Obsorgeberechtigte(r), Erwachsenenvertreterin/Erwachsenenvertreter

Vorname Nachname _____ geboren am _____



Bestätigung Testergebnis (Bitte ausfüllen)

Nachname:		Geburtsdatum:	
Vorname:			

BEREICH ZUM BESCHRIFTEN und AUSFÜLLEN durch die SCREENING-STATION!

Datum, Kürzel/Nr. der Testlinie: _____

Uhrzeit Abnahme: _____ Uhrzeit Auswertung _____

Testergebnis

NEGATIV POSITIV NICHT AUSWERTBAR

Unterschrift und Stempel