

**Bitte leserlich in
Druckbuchstaben
ausfüllen!**

Einwilligung

Anrede: Frau Herr

Vorname: _____

Familiename: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr.: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

E-Mail: _____

KFZ-Kennzeichen: _____ (Nur auszufüllen, wenn Sie auf das Ergebnis warten möchten)

ODER

Ich willige hiermit ein, dass mein Testergebnis unverschlüsselt per E-Mail an mich übermittelt wird.

Ich möchte das Testergebnis ausgedruckt haben und warte ca. 20 Minuten auf mein Ergebnis.

Ich willige hiermit ein, dass für die Zeit des gesamten Vorgangs meine Daten bei lichtfeld gespeichert werden.

Ich bestätige, dass dies mein erster kostenfreier Test in dieser Woche ist.
(Bei kostenfreiem Bürgertest)

Mit meiner Unterschrift stimme ich einem COVID-19 Antigen-Schnelltest mittels Nasenabstrich zu. Auf die damit verbundenen Risiken wurde ich hingewiesen und entbinde die lichtfeld gmbh von jeglicher Haftung

Hinweis: Im Falle eines positiven Testergebnisses, erhalten Sie von uns ein Merkblatt über das weitere Vorgehen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

(Bei Minderjährigen ist die durch eine Unterschrift zu bestätigende Einwilligung eines Erziehungsberechtigten erforderlich.)