

**Bitte leserlich in  
Druckbuchstaben  
ausfüllen!**

## Einwilligung

Anrede:            Frau            Herr

Vorname: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_

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.

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.)