



Dr. med. univ. Marc-André Leitgeb
Facharzt für Allgemeinmedizin (D) – Wahlarzt



Anmeldung AG-Schnelltest

Nachname: _____

Vorname: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.: _____

Blutverdünnung? **Ja** **Nein** **Wenn ja, welche?** _____

Hiermit bestätigte ich, dass ich mich auf eigenen Wunsch testen lasse. Ich nehme zur Kenntnis, dass der Test gemäß den Angaben des Herstellers durchgeführt wird und es sich daher um einen **nasalen Abstrich** handelt. Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten zur Durchführung und Bestätigung der von mir gewünschten Testung erfasst und dokumentiert werden.

Datum/Ort

Unterschrift

Vom Arzt auszufüllen:

Datum / Uhrzeit:

Test Nr.

Ergebnis Pos / Neg

Das Anfertigen von Kopien zu zweckfremder Verwendung und die ungenehmigte Weitergabe an Dritte ist untersagt!