

# Aktion Österreich testet

## Einwilligungserklärung Antigen-Test

### SARS-CoV-2 / Covid-19

Zu testende Person

Name:		Geburtsdatum:	
		Geschlecht:	
Vorname		SV-Nummer(10-stellig):	
PLZ, Ort:		Mobiltelefonnummer:	
Straße, Hausnummer:		E-Mail-Adresse:	

- ☐ 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.österreich-testet.gv.at/datenschutz](http://www.österreich-testet.gv.at/datenschutz))
- ☐ Hiermit erteile ich die Einwilligung und Zustimmung zur Durchführung der Probennahme als Elternteil, Obsorgeberechtigte(r), Erwachsenenvertreterin/Erwachsenenvertreter

Vorname Nachname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie einen amtlichen Lichtbildausweis zur  
Testung mit.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**BEREICH ZUM BESCHRIFTEN und AUSFÜLLEN durch die SCREENING-STATION!**

**Screening-Station:** Schulzentrum b|RaiFFEisen Arena, Grieskirchen

**Kürzel/Nr. der Testlinie:** \_\_\_\_\_

**Datum / Uhrzeit:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fortlaufende Proben-Nummer  
oder Barcode-Etikett

**Testergebnis**

☐ NEGATIV

☐ POSITIV

☐ NICHT AUSWERTBAR

**Ablesung des Ergebnisses durch (Vorname Nachname)**

\_\_\_\_\_  
Handzeichen oder Unterschrift