

Selbstauskunft zur Durchführung eines PCR-Tests

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Personalausweis-
oder Reisepassnummer _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich heute einen Selbsttest durchgeführt habe, der auf eine Infektion mit dem Coronavirus hindeutet. Zur Bestätigung einer möglichen Infektion willige ich ein, dass ein geschulter Mitarbeiter der Vulkaneifel Apotheken OHG einen Abstrich durchführt. Das entnommene Probenmaterial sowie meine persönlichen Daten werden dem Hausärztlichen Versorgungszentrum in Daun / Dres. Schnieder zur Auswertung übergeben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und willige ein, dass die Unterlagen bis zum Ende der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von der Vulkaneifel Apotheken OHG, Abt-Richard-Straße 11, 54550 Daun, gespeichert werden dürfen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____