

Einverständniserklärung PoC-Antigen-Tests

Ich bin damit einverstanden, dass die ASB Betreuungs- und Sozialdienste gGmbH bei mir Corona-Testungen nach den vom Hersteller empfohlenen Testmethoden und unter Berücksichtigung der gültigen Verordnungen des Freistaates Sachsen bzw. Landkreises Görlitz durchführt.

Ich bin darüber informiert, dass die ASB Betreuungs- und Sozialdienste gemeinnützige GmbH verpflichtet ist, ein positives Testergebnis dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden.

Name, Vorname: _____

Görlitz, den _____

Unterschrift _____