

Anmeldeformular freiwilliger Corona-Antigen-Schnelltest

Firma: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer _____

Emailadresse _____

Durchgeführt von:	Datum der Testung:	Ort der Testung:
-------------------	--------------------	------------------

Produkt-LOT		Artikelnummer:	
Testergebnis	Negativ <input type="checkbox"/>	Positiv <input type="checkbox"/>	Ungültig <input type="checkbox"/>
Symptome	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Welche Symptome?			
Probenmaterial	Nasopharyngeal <input type="checkbox"/>	Oropharyngeal <input type="checkbox"/>	

Bitte beachten Sie, dass ein negatives Ergebnis zu keinem Zeitpunkt eine mögliche SARS-CoV-2-Infektion ausschließt.

X

Testdurchführer