LAND SALZBURG

# Antigen Schnelltest
# COVID-19 Massentestung

BITTE LESERLICH AUSFÜLLEN!

**Zu testende Person (Proband):**

Nachname:_____ Vorname:_____

Geburtsdatum:_____ SVNr.:_____

Telefonnummer:_____

E-Mail Adresse:_____

**Unterschrift des,**

☐ Probanden (zu Testenden)

☐ Erziehungsberechtigten / Sorgeberechtigten

Nachname:_____ Vorname:_____

Geburtsdatum:_____ SVNr.:_____

Telefonnummer:_____

E-Mail Adresse:_____

☐ Bevollmächtigten:

Nachname:_____ Vorname:_____

Geburtsdatum:_____ SVNr.:_____

Telefonnummer:_____

E-Mail Adresse:_____

_____

**(Datum, Ort und Unterschrift)**

**Nur durch das medizinische Team auszufüllen:**

Linie:_____

Datum & Uhrzeit der Auswertung:_____

*laufende Nummer durch Testpersonal hier aufkleben*

**Testergebnis:**

☐ **POSITIV** ☐ **NEGATIV**

Ablesung des Ergebnisses durch:_____

(Dienstnummer/Kürzel & Unterschrift)