**Berechtigung** COVID19-Antigentest (PoC-Schnelltest)

an der Teststation Sigmaringen

* am Parkplatz in den Burgwiesen 24, 72488 Sigmaringen

(zwischen TÜV und Feuerwehr)

Hiermit bestätige ich,

Name, Vorname:      geb. am:

Adresse:

dass,

* mein Wohnsitz in Beuron oder den Ortsteilen Hausen im Tal, Thiergarten, Neidingen oder Langenbrunn liegt.
* ich zum berechtigten Personenkreis gehöre   
  *- in Kontakt mit vulnerablen Personengruppen stehende Personen (z.B. pflegende   
   Angehörige, Haushaltsangehörige von Schwangeren),  
  - Personen, die ein hohes Expositionsrisiko im beruflichen oder privaten Umfeld   
   hatten oder haben (Beschäftigte in Schule und Kindertageseinrichtungen,   
   Polizei, Justiz, Verwaltung),  
  - Schülerinnen und Schüler sowie deren Eltern  
  - Beschäftigte in der Jugendhilfe  
  - die aktiv bei den anstehenden Wahlen mithelfen (Wahlhelfende).*
* ich die Möglichkeit der kostenfreien Testung der Wohnsitzgemeinde maximal einmal in der Woche in Anspruch nehme. Falls weitere Testungen gewünscht sind, müssen diese auf eigene Kosten durchgeführt werden. Andernfalls behält sich die Gemeinde Beuron vor, diese Kosten nachträglich in Rechnung zu stellen.

Mir ist bewusst, dass der Corona-PoC-Antigen-Schnelltest nur eine Momentaufnahme ist und entbindet nicht von Hygiene- und Schutzmaßnahmen.

Hiermit erkläre ich, dass

* alle Angaben der Wahrheit entsprechen und rechtverbindlich sind. Weiter bestätige ich,
* mein Einverständnis zur Erfassung, Speicherung und Verarbeitung der mit dieser Berechtigung erhobenen Daten. Die Daten werden zum Nachweis gegenüber dem Kostenträger gespeichert und nach der Abrechnung gelöscht.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift (ggf. des/der Erziehungsberechtigten)

Im Rahmen, der von der Stadt Sigmaringen, angebotenen Antigen-Tests im Zusammenhang mit der Eindämmung der Corona-Pandemie (Covid19), nehme ich auf eigenen Wunsch an dem Test teil. In diesem Zusammenhang verzichte ich auf jegliche zivilrechtlichen Haftungs- sowie Schmerzensgeldansprüche gegen die Stadt Sigmaringen, wie auch gegen, die im Auftrag der Stadt Sigmaringen handelnden Unternehmen und Personen im Hinblick auf evtl. eintretende erlittene Personen-, Sach- und Vermögenschäden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift (ggf. des/der Erziehungsberechtigten)

*Wird von der Teststation ausgefüllt (zurück an die Kommune)*

Testung wurde am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ von Erste Hilfe Wolf / Medical Care Wolf durchgeführt.  
  
Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_