



## Praxisgemeinschaft

DR. MED. THOMAS REICH  
ARZT FÜR CHIRURGIE/UNFALLCHIRURGIE  
SPORTMEDIZIN  
D- ARZT DER BERUFSGENOSSENSCHAFTEN

BERSENBRÜCKER STR. 7  
D 49577 ANKUM  
TEL:+49 (0) 5462 74217-0  
FAX:+49 (0) 5462 74217 9  
Reich-Ankum@t-online.de  
www.chirurgie-ankum.de

DR. MED. CORDULA BARTELS - REICH  
ÄRZTIN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN  
ÄRZTIN FÜR ORTHOPÄDIE  
CHIROTHERAPIE – SPORTMEDIZIN  
Akupunktur - Kinesiologie

BERSENBRÜCKER STR. 7  
D 49577 ANKUM  
Tel: +49 (0) 5462 887128  
Fax: +49 (0) 5462 887130

## Einwilligung für CoViD-19 Tests im Zusammenhang mit dem Zeltlager Ankum

Name, Adresse und Geburtsdatum des/der Sorgeberechtigten (bei Minderjährigen):

---

Name, Adresse und Geburtsdatum der zu testenden Person:

---

Hiermit bestätige ich/wir, dass ich/wir mit den Covid-19 Antigen-Tests (für unseren Minderjährigen) (insbesondere der Entnahme von Abstrichen im Nasen- Rachenraum) im Zusammenhang mit dem Zeltlager Ankum einwillige/n. Zusätzlich willige/n ich/wir der Verarbeitung von personenbezogenen Daten ein, die für die Tests notwendig ist.

Die Tests werden an den im Testkonzept des Zeltlager Ankums genannten Daten sowie nach Bedarfs- bzw. Verdachtsfall auf CoViD-19 durchgeführt. Im Falle eines positiven Schnelltests (Sars-CoV-2-Rapid-Antigen-Test) wird zudem ein weiterer Test im PCR Verfahren durchgeführt, dem ich/wir ebenfalls zustimme/n.

Zudem erkläre/n ich/wir (für mein Kind):

- Ich verzichte auf die Übermittlung meiner Daten und der Daten meines Kindes sowie der Testergebnisse an die Corona Warn App.

---

(Datum, Name und Unterschrift Patient/in + ggf. Erziehungsberechtigte/r)