

Dokumentation Covidtest

Herr / Frau _____
Name _____ Vorname _____

_____ Gruppe
Geburtsdatum _____

Private Anschrift: _____
Straße, PLZ, Ort _____

Name des Testherstellers: _____

Testdatum: _____ Testuhrzeit: _____

Testart PCR-Test
 PoC-Antigentest
 Selbsttest

Testergebnis negativ
 positiv

Ich bin von der Testpflicht ausgenommen, da:

vollständig geimpft
von einer Covid 19-Erkrankung genesen

Entsprechende Nachweise (vollständiger Impfnachweis oder Genesungsnachweis gem. § 2 Nr. 5 SchAusnahmV) **sind beizufügen!**

Ich versichere die Richtigkeit der obigen Angaben.

Das BZE benötigt im Rahmen der Seminarverwaltung die o.g. Angaben, die datentechnisch im Hause verarbeitet und gespeichert werden. Nach Beendigung Ihrer Teilnahme im BZE werden Ihre Daten gemäß der Betroffenenrechte gelöscht, wenn der Zweck der Datenerhebung weggefallen ist. Unsere Datenschutzbestimmungen finden Sie auf <https://www.bze.de/kontakt/#datenschutz>.

(Ort / Datum / Unterschrift)