



Einverständnis zu Testungen auf Covid-19 Infektionen



Hiermit stimme ich im Rahmen meiner Betreuung in Bezug auf Gesundheitsfürsorge zu, dass Herr/Frau (bitte Vor- und Nachname eintragen) _____ auf Veranlassung der CAB Caritas Augsburg Betriebsträger gGmbH auf Covid-19 getestet werden kann.

Diese Zustimmung umfasst alle Testungen bis zu ihrem Widerruf. Die Zustimmung der betreuten Person wird im Rahmen der Testung eingeholt.

Die Testung ist freiwillig und es entstehen für die getestete Person keine Kosten.

Ort, Datum

Unterschrift gesetzliche Vertretung