

# Vordruck Testlegitimation zur Durchführung einer Testung symptomfreier Personen auf das SARS-CoV-2-Virus

## Angaben zur zu testenden Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ E-Mailadr.: \_\_\_\_\_

Stempel der Beschäftigungsstelle

*(gültig nur bei Vorlage des Dienstausweises bei städtischen Mitarbeitenden bzw. des Lichtbildausweises bei nichtstädtischen Mitarbeitenden)*

**Untersuchungsdatum:** \_\_\_\_\_

Die o.g. Person ist in der o. g. Beschäftigungsstelle beschäftigt.

-----  
Datum und Unterschrift der Leitung der Beschäftigungsstelle

Die zu testende Person versichert, aktuell keine SARS-CoV-2-Symptome aufzuweisen und auf das SARS-CoV-2 nicht innerhalb der letzten 14 Tage getestet worden zu sein.

### **Datenschutzhinweis nach der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)**

Die angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer und E-Mailadresse, sind allein zum Zwecke der Durchführung einer Testung symptomfreier Personen auf das SARS-CoV-2-Virus erforderlich und werden auf Grundlage Beauftragung zur Testdurchführung des Auftraggebers mit dem DRK Frankfurt erhoben. Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung d. Betroffenen. Im Rahmen der Verarbeitung werden Ihre personenbezogenen Daten nicht an Empfänger außerhalb des Deutschen Roten Kreuzes übermittelt. Eine weitere Weitergabe Ihrer Daten erfolgt nicht. Wir speichern Ihre Daten nur für den Zeitraum der Zweckerfüllung. Das heißt, dass wir Ihre Daten nach Erfüllung unverzüglich löschen. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie Ihre Einwilligung zur Erhebung der Daten.

-----  
Name, Datum und Unterschrift der zu testenden Person

*(Dieses Formular verbleibt beim Deutschen Roten Kreuz)*