

FORMULAR CORONA TEST / QUARANTÄNE-ANORDNUNG / MASKENZWANG

TEST ANORDNENDER _____

Vorname, Familienname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Arzt / Ärztin, Untersuchender / Untersuchende (*1)

Vorname, Familienname _____

Straße Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Proband – Testperson

Vorname, Familienname, Geb.datum _____

Straße, Hausnummer _____

Erklärung

Der / die Anordnende, der / die Ärztin bzw. Untersuchender / Untersuchende bestätigt mit seiner
eigenhändigen Unterschrift (*2)

--- die Notwendigkeit des Corona-Tests / Masken-zwang / Quarantäne

--- die absolute Gefährlichkeit des Corona-Virus / neuartigen Corona-Virus Covid 19 und haftet
vollumfänglich für die Folgeschäden körperlicher, psychischer / physischer und / oder
finanzieller Art und verpflichtet sich zu Schadenersatz.

Folgeschäden körperlicher Art beinhalten: Das Einführen eines Wattestäbchens oder
ähnliches in diverse Körperöffnungen wie: Mund, Nase, Rachen etc. und das Einstechen
einer Injektionsnadel im gesamten Körperbereich.

Folgeschäden psychischer Art beinhalten: Depressionen, psychosomatische Störungen,
Schlafstörungen, etc.

Folgeschäden finanzieller Art beinhalten: unnötige Arzt-,Behandlungs-,Arzneikosten,
Verdienstaufschlag und sonstige zusätzliche Ausgaben.

Ort Datum eigenhändige Unterschrift

Der Proband / die Testperson darf bei Unterschriftsverweigerung den Test ablehnen, ohne
rechtlich dafür belangt zu werden bzw. Konsequenzen für sich befürchten zu müssen.

(*1) Hierzu gehören auch sogenannte Amtsärzte/innen und das Personal des Gesundheitsamtes
/-wesens

(*2) Eine voll haftende Unterschrift ist immer leserlich und mit vollem Vor- u. Familiennamen zu
leisten, elektronische Signaturen oder unleserliche Paraphen werden nicht anerkannt.