

# Formular – Corona-Test

## Arzt/Ärztin, Untersuchender/Untersuchende<sup>1</sup>

Vorname, Familienname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

[PLZ], Ort [ ] \_\_\_\_\_

## Proband

Vorname, Familienname \_\_\_\_\_

## Erklärung

Der/die Arzt/Ärztin bzw. Untersuchender/Untersuchende bestätigt mit seiner eigenen händigen Unterschrift<sup>2</sup>

- die Notwendigkeit des Corona-Tests
- die absolute Gefährlichkeit des Corona-Virus Covid-19

und haftet vollumfänglich für die Folgeschäden körperlicher, psychischer und/oder finanzieller Art und wird zu Schadensersatz verpflichtet.

Folgeschäden körperlicher Art beinhalten: das Einführen eines Wattestäbchens oder ähnliches in diversen Körperöffnungen (wie Mund, Rachen, Nase, 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 Unterschrift

Der Proband darf bei einer Unterschriftverweigerung den Test ablehnen, ohne rechtlich dafür belangt zu werden bzw. Konsequenzen für sich befürchten zu müssen.

<sup>1</sup> Hierzu gehören auch sogenannte Amtsärzte/innen bzw. das Personal des Gesundheitsamtes/-wesens.  
<sup>2</sup> Eine voll haftende Unterschrift ist immer leserlich und mit vollem Vornamen und Familienamen, siehe Beispiel auf der Rückseite dieses Formulars.