

Einwilligung zur Vornahme des Coronavirus SARS-VoV-2 Antigen- Schnelltests bei Minderjährigen

Hiermit willige ich ,

Name, Vorname Erziehungsberechtigte(r)

Geburtsdatum

als Personensorgeberechtigte(r) des/der Minderjährigen:

Name, Vorname

Geburtsdatum

den zur Durchführung der für den Coronavirus Schnelltest bei dem/ der vorgenannten Minderjährigen erforderlichen medizinischen Maßnahmen (insbesondere der Entnahme von Abstrichen im Nasen-Rachenraum) ein.

Datum / Ort / Unterschrift des/ der Personenberechtigten