

Einwilligung

zur Durchführung eines Antigen-Schnelltests bei Minderjährigen

Hiermit willige ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

als Personensorgeberechtigte(r)

des/der Minderjährigen

Name, Vorname

Geburtsdatum

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

Ort, Datum

Unterschrift

Personensorgeberechtigte(r)