

# EINWILLIGUNG ZUR VORNAHME DES CORONAVIRUS SARS-COV-2 ANTIGEN- SCHNELLTESTS BEI MINDERJÄHRIGEN

Hiermit willige(n) ich/wir (Name(n), Adresse, Geburtsdatum)

.....  
.....  
.....  
.....

als Personensorgeberechtigte(r)

des/der Minderjährigen (Name, Geburtsdatum)

.....  
.....

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

....., den .....

Ort Datum

.....  
Unterschrift Personensorgeberechtigte(r)