



## COVID-19-Antigentest (PoC-Schnelltest) Einverständniserklärung

Hiermit willige(n) ich/wir:

Name	Vorname	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)		Tel.-Nr.

als Personensorgeberechtigte(r)

des/ der Minderjährigen

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)		

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.

Ort, Datum	Unterschrift

*Bitte alle Felder vollständig ausfüllen.*