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

Hiermit willige(n) ich/wir,

Name, Vorname: …… Geburtsdatum: ……..

Name, Vorname: …… Geburtsdatum: ……..

als Personensorgeberechtige(r) des/der Minderjährigen

Name, Vorname: …… 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.

Ort: ……, Datum: ……..

……
(Unterschrift Personensorgeberechtigte)