

## EINWILLIGUNG ZUR VORNAHME DES CORONAVIRUS SARS-CoV-2

### ANTIGEN- SCHNELLTESTS BEI MINDERJÄHRIGEN:

Hiermit willige ich,

#### Personensorgeberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

als

Personensorgeberechtigte(r)

**des/der Minderjährigen**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
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.

Mir ist bekannt, dass bei Kindern unter 14 Jahren mindestens ein(e) Personensorgeberechtigte(r) bei der Abstrichnahme anwesend sein muss.

Mein Einverständnis kann ich jederzeit und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf meines Einverständnisses wird die Rechtmäßigkeit, der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

#### Personensorgeberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift