

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

Hiermit willige ich als Personensorgeberechtigter des unten genannten Minderjährigen den zur Durchführung medizinischen Maßnahmen (insbesondere der Entnahme von Abstrichen im Nasen-/Rachenraum) ein.

### Personensorgeberechtigter

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### Minderjähriger

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

### Interne Daten

Test-Nummer: \_\_\_\_\_

Test-Ergebnis: Positiv     Negativ     Ungültig