

# Einwilligung zur Vornahme des Coronavirus SARS-CoV-2 Antigen-Schnelltests, PCR-Test & NAAT/NAT 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: \_\_\_\_\_