

**Einwilligung zur Vornahme eines SARS-CoV-2
PoC-Antigen-Schnelltests bei Minderjährigen**

Hiermit willige/n ich/wir als personensorgeberechtigte Person(en) in die Durchführung des Corona-Schnelltests sowie der hierfür erforderlichen medizinischen Maßnahmen (insb. Abstrich im Nasen- / Rachenraum) bei nachfolgend genanntem/r Minderjährigen (unserem Kind) ein.

Wichtig: Kinder bis zu einem Alter von 14 Jahren dürfen wir nur in Begleitung eines Personensorgeberechtigten testen, erst ab 14 Jahren darf sich Ihr Kind mit folgender Einwilligung alleine bei uns testen lassen.

Zum Identitätsnachweis meiner Person füge ich als Personensorgeberechtigte/r eine Kopie meines Ausweises (Vorder- & Rückseite) bei und gebe diese meinem Kind mit zum Test.

Personensorgeberechtigte/r:

Vor- und Nachname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Minderjährige/r:

Vor- und Nachname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Die Datenschutzhinweise sowie AGB habe ich zur Kenntnis genommen und willige in diese ein.

Ort Datum Unterschrift