



Einwilligungserklärung zur Teilnahme von Minderjährigen an einem Antigen- Schnelltest (Corona)

Angaben zur/zum Minderjährigen:

NAME:

GEBURTSDATUM*:

*Personen unter 14 Jahren: der Schnelltest darf nur in
Begleitung eines Erziehungsberechtigten durchgeführt werden

VORNAME:

STRAÙE | HAUSNUMMER:

PLZ | ORT:

Angaben zur/zum Sorgeberechtigten:

NAME:

TELEFON:

VORNAME:

STRAÙE | HAUSNUMMER:

PLZ | ORT:

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Antigen-Schnelltest

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind _____
an einem freiwilligen Antigen-Schnelltest teilnimmt.

Mir ist bekannt, dass ich bei einem positiven Testergebnis umgehend meine Kin-
derärztin/meinen Kinderarzt bzw. meine Hausärztin/meinen Hausarzt oder ein Testzentrum kontaktieren muss,
um für mein Kind einen PCR-Test zur Abklärung des Infektionsverdachts zu verabreden.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift einer | eines Sorgeberechtigten

*Personen unter 14 Jahren: der Schnelltest darf nur in Begleitung eines Erziehungsberechtigten durchgeführt werden.

**Personen ab 14 Jahren: Dürfen nur getestet werden, wenn Sie eine Einverständniserklärung ihrer Erziehungsberechtigten vorlegen können