

## EINWILLIGUNG CORONA-TEST

**Einverständniserklärung zur Teilnahme von Kindern und Jugendlichen zur Testung mittels Antigen-Test zur Erkennung einer COVID-19-Infektion**

**Bitte unterschreiben Sie für die Testdurchführung diese Einwilligung:**

**Kind / Jugendliche\*r:**

Nachname: \_\_\_\_\_

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

Straße/Nr: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Daten der Eltern / Sorgeberechtigten bei Minderjährigen:**

Nachname: \_\_\_\_\_

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

Straße/Nr: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort : \_\_\_\_\_

**Mein Kind darf am Corona-Test teilnehmen**

\_\_\_\_\_  
Datum & Unterschrift Eltern/Personensorgeberechtigte bei  
Minderjährigen

