

**Einwilligung zur Vornahme des Coronavirus SARS-VoV-2 Antigen-Schnelltests / PCR Test bei Minderjährigen**

Hiermit willige(n) ich/wir, (Namen, Geburtsdatum)

.....  
.....

als Personensorgeberechtigte(r)

des/der Minderjährigen (Name, Geburtsdatum)

.....  
.....

den zur Durchführung der für den Coronavirus Schnelltest / PCR Test bei dem/den vorgenannten Minderjährigen erforderlichen medizinischen Maßnahmen (insbesondere der Entnahme von Abstrichen im Nasen-Rachenraum) ein.

....., den .....

.....

(Personensorgeberechtigte)