

Einwilligungserklärung

zur Vornahme eines Coronavirus SARS-CoV-2 PoC-Antigentests bei
Minderjährigen im Testzentrum Rathenow, Berliner Str.3

Hiermit willige(n) ich/wir,

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

als Personensorgeberechtigte(r) des/der Minderjährigen

Name:

Geburtsdatum:

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

Ort, Datum

Unterschrift
Personensorgeberechtigter