

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

Hiermit willige(n) ich/wir,

.....  
Name, Geburtsdatum

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 Personenberechtigte(r)