

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

DEIN TESTZENTRUM 24



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

als Personenberechtigter

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

Personenberechtigte