

## Einwilligung zur Vornahme des PoC-Antigen-Tests bei Minderjährigen

Hiermit willige(n) ich/wir, (Namen, Geb.-Datum)

---

---

als Erziehungsberechtigte(r)

des/der Minderjährigen (Name, Geburtsdatum)

---

---

den zur Durchführung der für den Corona-Schnelltest bei dem/der vorgenannten Minderjährigen erforderlichen medizinischen Maßnahme (Abstrich im vorderen Nasenbereich) ein.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Erziehungsberechtigte(r))