



Einwilligung zur Vornahme des Coronavirus SARS-CoV-2 Antigen-Schelltests bei Minderjährigen

Personalien der/des Minderjährigen bitte in Druckschrift ausfüllen

Ich erkläre hiermit, dass ich mit dem SARS-CoV-2-Abstrich bei meinem Sohn / meiner Tochter einverstanden bin.

Name, Vorname _____

Geb.-Datum _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Zirndorf, den _____

Unterschrift Personensorgeberechtigte(r)