



Einwilligung zur Vornahme des Coronavirus SARS-CoV-2 Antigen- Schnelltests bei Minderjährigen:
Hiermit willige(n) ich/wir,

Namen: _____

Geburtsdatum: _____

als Personensorgeberechtigte(r) des/der Minderjährigen

Namen: _____

Geburtsdatum: _____

ein, dass die erforderlichen medizinischen Maßnahmen bei dem/der vorgenannten Minderjährigen (insbesondere die Entnahme von Abstrichen im Nasen-Rachenraum) durchgeführt werden.

Sylt, den _____

(Erziehungsberechtigte)