



COVID 19 SCHNELLTEST

Hans-Krämer-Straße 25, 94469 Deggendorf

Einwilligungserklärung SARS-VoV-2 Antigen-Schnelltest

Hiermit willige ich, als Personen- und Erziehungsberechtigter,

Vorname, Nachname

.....

Geburtsdatum/- Ort

.....

Anschrift & Ort

.....

Diese Einverständniserklärung ist gültig bis:

**ein, einen Covid 19 SARS-VoV-2 Antigen-Schnelltest bei der
minderjährigen Person**

Vorname, Nachname

.....

Geburtsdatum/- Ort

.....

Anschrift & Ort

.....

die erforderliche medizinische Maßnahme (insbesondere der Entnahme
von Abstrichen im Nasen-Rachenraum) durchzuführen.

Datum + Ort

.....

Unterschrift der erziehungsberechtigten Person

.....

**Bitte Ausweiskopie des
Erziehungsberechtigten mitbringen.**