

## **PoC-Antigen Schnelltest**

### **Einverständniserklärung eines Sorgeberechtigten**

Sie erklären sich hiermit bereit, dass Sie mit dem PoC-Antigen Schnelltest bei Ihrem Sohn / Ihrer Tochter einverstanden sind.

Bei diesem Schnelltest handelt es sich um einen medizinischen Eingriff in Form eines Nasenabstriches.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns das Einverständnis zur Durchführung des Nasenabstriches sowie die Verarbeitung der personenbezogenen Daten Ihres Kindes.

Kinder unter 14 Jahren dürfen den Test nur in Begleitung eines Sorgeberechtigten durchführen lassen.

Jugendliche ab 14 Jahren dürfen zum Schnelltest ohne Begleitung eines Sorgeberechtigten erscheinen, sofern Sie eine Einverständniserklärung vorweisen.

Name des Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### **Persönliche Daten der Testperson:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_