



## Einverständnis zur Abstrich-Entnahme bei Kindern unter 14 Jahren

**Vorname** und **Nachname** \_\_\_\_\_  
des Kindes

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_  
des Kindes

### Bitte ankreuzen

- Hiermit erteile ich als Erziehungsberechtigte des oben genannten Kindes mein Einverständnis zur Durchführung eines **PCR-Rachenabstrichs** zur Testung auf Sars-CoV-2.
- Hiermit erteile ich als Erziehungsberechtigte des oben genannten Kindes mein Einverständnis zur Durchführung eines **Schnelltest-Nasenabstrichs** zur Testung auf Sars-CoV-2.

**Vorname** und **Nachname** \_\_\_\_\_  
der Erziehungsberechtigten

Dillingen, den \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten