



# COVID 19 SCHNELLTEST

Wertachstraße 3, 86153 Augsburg

## 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.**