

Einwilligungserklärung

Einwilligung zur Vornahme der folgenden Testung(en) bei Minderjährigen:

- SARS-CoV-2 PoC-Antigen-Test (Schnelltest)
- SARS-CoV-2 PCR-Test (Labortest)
- SARS-CoV-2 Impfstatus-Bestimmung und /oder Antikörper-Bestimmung

(zutreffendes bitte ankreuzen, mehrfach Auswahl möglich)

Hiermit willige(n) ich / wir (Namen, Geburtsdatum),

als Personensorgeberechtigte(r) des / der Minderjährigen (Name, Geburtsdatum),

den zur Durchführung, für die oben ausgewählte(n) Testung(en), erforderlichen medizinischen Maßnahmen (insbesondere der Entnahme von Abstrichen im Nasen-Rachenraum und / oder der Entnahme von Kapillar-Blut), bei dem / der vorgenannten Minderjährigen ein.

Ort, Datum

Unterschrift (Personensorgeberechtigte(r))

Testzentren-PVM GmbH | Südring 11 | 33647 Bielefeld | Deutschland



E-Mail: service-testzentrum@pvm-med.de

Web: www.testzentren-pvm.de