

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR KINDER UND JUGENDLICHE UNTER 14

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung (und ggf. weiteren PoC-Antigen-Testungen) nach den Vorschriften der „Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Test Verordnung –TestV)“ in der jeweils geltenden Fassung gegenüber der oben genannten Teststelle für meine Tochter/meinen Sohn. (Hinweis: Mit Ihrer Einverständnis für die Testung müssen Sie Ihre Daten zur Verfügung stellen. Im Fall eines positiven Testergebnisses sind wir nach § 8 i. V. m. §§ 7, 9 Infektionsschutzgesetz zur namentlichen Meldung an die zuständige Behörde verpflichtet. Ohne diese Daten können wir keinen Test durchführen.)

NAME DES KINDES

VORNAME

NACHNAME

GEBURTSDATUM**NAME DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN**

VORNAME

NACHNAME

TELEFONNUMMER

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT ERZIEHUNGSBERECHTIGTER