
Stand: 25.03.21

Einverständniserklärung zur PoC-Antigen-Testung

für mein Kind:

Vor- und Zuname: _____

(Druckbuchstaben)

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Durchführung der PoC-Antigen-Testung. Der Anspruch ergibt sich aus §4a TestV.

Ich wurde über die Durchführung und die Datenschutzrichtlinien aufgeklärt und bestätige hiermit, dass ich alles verstanden habe.

Ich bestätige, dass ich zum Zeitpunkt der Testung keine verdächtigen Symptome habe, die auf eine möglichen SARS-CoV-2 Infektion hindeuten könnten.

Ich bestätige entsprechend §6 Absatz 2 Nummer 4 TestV, dass mein Wohnsitz oder ständiger Aufenthaltsort in der Bundesrepublik Deutschland liegt.

Ort/ Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigte*r)