

**Kommunales Corona Schnelltestzentrum**  
**der Gemeinde St. Leon-Rot**

Verantwortliche Hilfsorganisation:

DRK St. Leon, Kirrlacher Str. 35, 68789 St. Leon-Rot

Einwilligung zur Vornahme des Corona Virus SARS-CoV-2 Antigen- Schnelltests bei Minderjährigen:

Hiermit willige ich,

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

als

Sorgeberechtigte(r)

des/ der Minderjährigen:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

den zur Durchführung der für den Corona Virus Schnelltest bei der/dem vorgenannten Minderjährigen erforderlichen medizinischen Maßnahmen (insbesondere der Entnahme von Abstrichen im Nasenraum) ein.

St. Leon- Rot, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte(r)