

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Antigen-Schnelltest

Angaben zur / zum Minderjährigen

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Angaben zu einer / einem Erziehungs-/Sorgeberechtigten

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Telefon:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Antigen-Schnelltest

Hiermit willige ich ein, dass unser Sohn / Tochter _____ an einem freiwilligen Antigen Test durch die Fa. Medipart durchgeführt, teilnimmt.

Uns ist bekannt, das im Falle eines positiven Testergebnisses die behandelnde Haus-, bzw. Kinderärztin, bzw. der behandelnde Haus- oder Kinderarzt zu informieren ist. Des Weiteren ist bei dem nächsten Testzentrum ein Termin zur PCR Testung zu vereinbaren, um den Infektionsverdacht abklären zu lassen.

Ihre Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift einer/eines
Erziehungsberechtigten

Wir weisen gemäß Art.13 DSGVO darauf hin, das im Fall einer positiven Testung die personenbezogenen Daten der / des Minderjährigen auf Grundlage des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (IfSG) an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet werden müssen.