

**Einverständniserklärung zur Durchführung eines PoC-Antigen Corona-Tests
bei Minderjährigen im Testzentrum FRANKFURT COLOSSEO**

Hiermit erteile(n) ich/wir,

Name, Vorname_____
Name, Vorname_____
Geburtsdatum, -ort_____
Geburtsdatum, -ort_____
Straße, Nr._____
Straße, Nr._____
PLZ, Ort_____
PLZ, Ort_____
Telefon_____
Telefon

als Personensorgeberechtigte(r) des/der Minderjährigen

Name, Vorname_____
Geburtsdatum, -ort_____
Straße, Nr._____
PLZ, Ort_____
Telefon

die Zustimmung zur Durchführung eines Coronavirus Schnelltest bei dem vorgenannten Minderjährigen und willige(n) in die Ausführung der erforderlichen medizinischen Maßnahmen (insbesondere der Entnahme von Abstrichen im Nasen- oder Rachenraum) ein. Die Einwilligungs- und Datenschutzerklärung des ausführenden Testzentrums habe(n) ich/wir zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit deren Inhalt einverstanden.

einmalig: Termin am _____ um _____

bis auf Widerruf - Widerruf ausschließlich per Email an colosseo@covitest.me

Datum/Unterschrift_____
Datum/Unterschrift