



Einverständniserklärung für die Durchführung eines Antigen-Schnelltests bei Minderjährigen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Angaben zur/zum Minderjährigen:

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Angaben zu einer/einem Sorgeberechtigten:

Name: _____ **Telefonische Erreichbarkeit:** _____

Vorname: _____

Wohnort, sofern abweichend – siehe oben:

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Antigen-Schnelltest in der Sonnen-Apotheke Bischofswerda.

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind _____
an einem freiwilligen Antigen-Schnelltest in der Teststelle der Sonnen-Apotheke Bischofswerda teilnimmt.

Mir ist bekannt, dass ich bei einem positiven Testergebnis umgehend meine Kinderärztin/meinen
Kinderarzt bzw. meine Hausärztin/meinen Hausarzt oder ein Testzentrum kontaktieren muss, um für mein
Kind einen PCR-Test zur Abklärung des Infektionsverdachts zu verabreden.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen
werden.

Ort, Datum

Unterschrift einer/eines Sorgeberechtigten

Hinweis nach Art. 13 DSGVO: Im Falle eines positiven Testergebnisses werden die personenbezogenen Daten Ihres Kindes
auf Grundlage des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen
(Infektionsschutzgesetz – IfSG) an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben.