

# SARS-CoV-2-Abstrich

## Erklärung der / des Sorgeberechtigten

(Personalien der/des Minderjährigen)  
Bitte in Druckschrift ausfüllen

Ich erkläre hiermit, dass ich mit dem SARS-CoV-2-Abstrich bei meinem Sohn / meiner Tochter einverstanden bin.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon:  
Festnetz: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des / der Sorgeberechtigten)