



Einverständniserklärung bei Minderjährigen

Angaben zum Minderjährigen:

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Angaben zum gesetzlichen Vertreter/ Elternteil:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ich bin damit einverstanden, dass bei meiner Tochter/ meinem Sohn im Testzentrum
Rennecke-Medic-GbR ein Covid-19 Antigen-Schnelltest durchgeführt wird.

Dieses Einverständnis gilt für folgendes Datum: _____

Datum, Unterschrift