

**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)