

Hiermit erteile(n) ich/wir

.....  
Vorname Name

Als Sorgeberechtigte des/der Minderjährigen

.....  
Vorname Name, Geburtsdatum

Mein/unser Einverständnis zur Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 mittels eines Nasopharyngealabstrichs bei der/dem o.g. Minderjährigen im

**Corona Test Bad Rothenfelde, Bahnhofstr. 58, 49214 Bad Rothenfelde.**

Für die Durchführung des PoC -Antigentests auf SARS -CoV -2 entnehmen wir eine Sekretprobe. Durch die Entnahme der Probe durch einen Abstrich mittels eines in die Nase eingeführten Wattestäbchens, kann es auch bei sorgfältiger Durchführung in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen.

Ist der Antigentest positiv, hat der/die getestete Minderjährige unverzüglich ein PCR-Test durchführen zu lassen und sich in häusliche Quarantäne zu begeben.

**Im Falle eines positiven Testergebnisses ist die testende Einrichtung gesetzlich zur namentlichen Meldung an das zuständige Gesundheitsamt verpflichtet.**

Ein negatives Testergebnis bedeutet nicht, dass eine COVID-19-Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Das Ergebnis stellt lediglich den Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung dar.

**X**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r