

# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Durchführung von Testungen auf SARS-CoV-2 an der Schule  
oder in einem lokalen Testzentrum

**Hiermit willige ich ein, dass bei meinem Sohn / meiner Tochter**

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

Geboren am: \_\_\_\_\_

Wohnhaft in: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**bei einer in der Schule oder einem Testzentrum durchgeführten (Reihen-)  
Testung durch medizinisch geschultes Personal ein Abstrich zur  
Untersuchung auf SARS-CoV-2 durchgeführt werden darf.**

Diese Einwilligung erstreckt sich sowohl auf den Abstrich für eine PCR-Untersuchung (Rachenabstrich) als auch auf den Abstrich für einen Antigen-Schnelltest (je nach verwendetem Schnelltest Nasen- bzw. Rachenabstrich).

Diese Einwilligung gilt bis auf Weiteres und kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften **beider** Erziehungsberechtigten