

**Einwilligungserklärung  
zur Teilnahme von Minderjährigen  
an einem Antigen-Schnelltest (Corona)**

Angaben zur/zum Minderjährigen:

**Name:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße/Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

Angaben zu einer/einem Sorgeberechtigten:

**Name:** \_\_\_\_\_ **Telefonische Erreichbarkeit:**

**Vorname:** \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

**Wohnort, sofern abweichend – siehe oben:**

**Straße/Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Antigen-Schnelltest**

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind \_\_\_\_\_  
an einem freiwilligen Antigen-Schnelltest teilnimmt.

Mir ist bekannt, dass ich bei einem positiven Testergebnis umgehend meine Kinderärztin/meinen Kinderarzt bzw. meine Hausärztin/meinen Hausarzt oder ein Testzentrum kontaktieren muss, um für mein Kind einen PCR-Test zur Abklärung des Infektionsverdachts zu verabreden.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift einer/eines Sorgeberechtigten

**Hinweis nach Art. 13 DSGVO:** Im Falle eines positiven Testergebnisses werden die personenbezogenen Daten Ihres Kindes auf Grundlage des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben.