

Einwilligung

Hiermit willige ich in die Durchführung des Tests für mein minderjähriges Kind

Vorname Name _____

und die Verarbeitung der personenbezogenen Daten zum Zweck der Feststellung einer etwaigen COVID-19 Infektion und im Weiteren zur Verhinderung der Ausbreitung dieser Krankheit ein.

Mir ist bewusst, dass im Falle eines positiven Testergebnisses eine gesetzliche Meldepflicht der testenden Ärztinnen und Ärzte bzw. Hilfsorganisationen gegenüber dem jeweils zuständigen Gesundheitsamt besteht. Ein etwaiger Widerruf der Einwilligung lässt diese gesetzliche Meldepflicht nicht entfallen

Ort, Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten