**E I N V E R S T Ä N D N I S E R K L Ä R U N G**

Ich wurde darüber informiert, dass Corona-Testungen durchgeführt werden, um eine SARS-CoV-2 Infektion (Corona-Virus) nachzuweisen bzw. auszuschließen.

Ich bin damit einverstanden, dass **meine Tochter/mein Sohn** getestet wird (Antigen-Schnelltest).

Für Volljährige: Ich bin damit einverstanden, dass **ich** getestet werde (Antigen-Schnelltest).

Ich gehöre zum **Personal** u. bin damit einverstanden, dass ich getestet werde (Antigen-Schnelltest).

Ich bin damit einverstanden, dass im Falle eines **positiven** Antigen-Schnelltest-Ergebnisses ein PCR-Test durchgeführt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass im Falle eines **negativen** Antigen-Schnelltest-Ergebnisses aber typischer Erklätungsymptome eine Untersuchung auf Influenza durchgeführt wird.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Name, Vorname zu testenden Person in DRUCKBUCHSTABEN)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Wohnanschrift der zu testenden Person in DRUCKBUCHSTABEN)

Telefon-Nr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Kindertagesstätte/Schule)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort, Datum) Unterschrift Sorgeberechtigte/r oder der zu testenden Person