



Mittelschule
Albert-Schweitzer-Straße
München

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Durchführung von Testungen auf SARS-CoV-2
an der Schule

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 Erziehungsberechtigte/r