

## Einwilligungserklärung Antigen-Test SARS-CoV-2 / Covid-19

(Verpflichtend für Jugendliche bis 14 Jahre, siehe  
<https://www.testen.steiermark.at/cms/ziel/161180535/DE/>)

Zu testende Person (bitte LESERLICH ausfüllen)

Name:	
Geburtsjahr:	

Erziehungsberechtigte Person

Name:	
E-Mail:	

***Hiermit erteile ich die Einwilligung und Zustimmung zur Durchführung eines Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 / Covid-19 als Elternteil, Sorgeberechtigte(r), Erwachsenenvertreterin/Erwachsenenvertreter, etc.  
Die Testdurchführung erfolgt durch qualifiziertes medizinisches Fachpersonal.***

---

Ort, Datum

---

Unterschrift