Landeshauptstadt
Düsseldorf

CORONA ZENTRALE DÜSSELDORF

Einverständniserklärung zur ärztlichen Untersuchung meines minderjährigen Kindes

Hiermit erkläre ich mich/wir uns einverstanden, dass mein/unser Kind

Familienname *

Vorname *

Geburtsdatum *

TT.MM.JJJJ

Straße und Hausnummer *

PLZ *

Ort *

Behandelnder Kinderarzt *

im **Testzentrum** –CORONA ZENTRUM DÜSSELDORF, Schorlemer Straße 63, 40547 Düsseldorf – durch einen Nasen-Rachenabstrich/Rachenabstrich auf SARS-CoV-2 untersucht wird.

Für eventuelle Rückfragen bzw. Bekanntgabe des Testergebnisses bitten wir um Angabe einer aktuellen Telefonnummer und/oder einer E-Mailadresse:

Personensorgeberechtigte/Personensorgeberechtigter:

Familienname *

Vorname *

Telefonnummer *

E-Mail

Weitere Personensorgeberechtigte/ weiterer Personensorgeberechtigter:

Familienname

Vorname

Telefonnummer

E-Mail

Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte/Personensorgeberechtigter 1

Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte/Personensorgeberechtigter 2

* *Es handelt sich um eine Pflichtangabe.*