



Einverständniserklärung

zur Durchführung von PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 für Minderjährige

Hiermit erteile(n) ich/wir

(Vorname, Name)

als Sorgeberechtigte des/der Minderjährigen

(Vorname, Name, Alter)

mein/unser Einverständnis mit der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 mittels eines Nasopharyngealabstrichs bei dem/der benannten Minderjährigen in der MediPark Apotheke OHG, Parkstr. 42, 49080 Osnabrück. Dafür wird die Probe durch einen Abstrich mittels eines in die Nase eingeführten Wattestäbchens genommen. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen.

Mir/uns ist bewusst, dass bei einem positiven Testergebnis der/die Minderjährige sich unverzüglich in häusliche Quarantäne zu begeben hat und dass im Falle eines positiven Testergebnisses die Apotheke verpflichtet ist, das Testergebnis namentlich dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden.

Ein negatives Testergebnis bedeutet nicht, dass eine COVID-19-Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Das Ergebnis stellt lediglich den Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung dar.

Das Testergebnis hat in der Regel eine Gültigkeit von maximal 24 Stunden.

_____, den _____

(Ort)

(Unterschrift Sorgeberechtigte(r))