

**Bescheinigung zur Testung von Minderjährigen, die nicht von Ihren Erziehungsberechtigten zur Testung begleitet werden
zur Vorlage bei dem PCR-Testzentrum des Landratsamtes Schweinfurt**

- von den Erziehungsberechtigten zu befüllen -

Daten der/des Minderjährigen:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Bei Minderjährigen, die nicht von Ihren Erziehungsberechtigten zur Testung begleitet werden, zwingend von den Erziehungsberechtigten zu befüllen:

Ich willige in die Durchführung der Testung (oro- und ggf. nasopharyngealer Abstrich), die Datenverarbeitung und die Bestätigung über die Durchführung der Testung bei bzw. durch die o. g. minderjährige Person ein. Die betreffenden Unterlagen können hier eingesehen werden:

https://www.landkreis-schweinfurt.de/fileadmin/inhalt_service-info/SG22_Gesundheitsamt/PCR-TZ_DSR_Testgrundund_Bestaetigungstestung.pdf



[Name des Erziehungsberechtigten, bitte leserlich schreiben]

[Ort, Datum]

[Unterschrift]

Hinweise:

- **Diese Bescheinigung ist im Original vorzulegen**
- **Die zu testende Person hat bei der Testung einen Identitätsnachweis mitzuführen.**