

SARS-CoV-2 Abstrich

Erklärung der/ des Sorgeberechtigten

(Personalien der/ des Minderjährigen)

Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen!

Ich erkläre hiermit, das ich mit dem SARS-CoV-2-Abstrich bei meinem Sohn/ meiner Tochter einverstanden bin.

Name*:

Vorname*:

Geburtsdatum*:

Straße, Hausnummer*:

PLZ, Ort*:

Festnetz* (wenn vorhanden) :

Handy*:

E-Mail :

***PFLICHTANGABEN**

Ort, Datum

Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten



ROSSPLATZ
APOTHEKE

Apothekerin J. Sedlmeier
Heinrichstr. 46
07545 Gera
Tel. (0365) 800 30 55
E-Mail: info@rossplatz-apotheke.de