

# Einverständniserklärung

## - für Sorgeberechtigte von Schüler\*innen -

In Name der Schule: \_\_\_\_\_

werden am \_\_\_\_\_ durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes Köln Abstriche zur Untersuchung auf das neue Coronavirus SARS-Cov2 angeboten.

Die Testung erfolgt in Form eines Nasen/Rachen-Abstrichs.  
Für die Testung entstehen weder der Einrichtung noch den Sorgeberechtigten Kosten.

Mit der Durchführung eines Nasen/Rachen-Abstrichs und PCR-Diagnostik auf das neue Coronavirus SARS-Cov2 bei meinem Kind

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (des Kindes): \_\_\_\_\_

durch ein Bio-Monitoring Team des Gesundheitsamts Köln in der oben genannten Schule sind wir einverstanden. Das Einverständnis kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Sorgeberechtigten