

MVZ Labor Greifswald GmbH
Vitus-Bering-Straße 27a, 17493 Greifswald



Einverständniserklärung Abstrichnahme bei Minderjährigen

Angaben zum Minderjährigen:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: ____/____/____

Adresse: _____

Als gesetzlicher Vertreter bin/sind ich/wir damit einverstanden, dass für die oben genannte Person eine Abstrichnahme für die Corona-PCR-Testung erfolgen darf.

Sorgeberechtigter 1:

Sorgeberechtigter 2:

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: ____/____/____

Geburtsdatum: ____/____/____

Adresse: _____

Adresse: _____

Datum:

Unterschrift:

Datum:

Unterschrift:

Alleiniges Sorgerecht: ja nein

Bei Selbstzahler / Privataufträgen:

Die Rechnungslegung erfolgt an die oben genannte Adresse des Sorgeberechtigten / an eine abweichende Rechnungsadresse:
