

Samtykke

Til udførelse af Covid-19 test på børn fra 6-14 år

Patientnavn:	Patient Cpr-nr:
Forældres navn:	Forældres Cpr-nr.:
Telefon (mobil):	Telefon (hjemme):
E-mail:	Pasnummer (valgfrit):

Samtykke til udførelse af Covid-19 test på barn

- Jeg erklærer på tro og love, at jeg har del i forældremyndigheden over barnet og giver tilladelse til udførelse af Covid-19 test.

Resultat af din Covid-19 test vil automatisk blive sendt til Statens Serum Institut, jf. "Bekendtgørelse om anmeldelse af Covid-19".

Underskrift

Dato: _____ Underskrift: _____