

Einverständniserklärung zur PoC-Antigen-Testung

Schüler*in:

Vorname, Nachname: _____

geb. am: _____

Daten eines Sorgeberechtigten:

Vorname, Nachname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Im Falle eines positiven Testergebnisses wird über die folgende Telefonnummer(n) um Benachrichtigung gebeten:

Telefon: _____

oder

Telefon: _____

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem PoC-Antigen-Test zum Ausschluss einer COVID19-Infektion und zur damit verbundenen Datenweitergabe. Ich bin über die Abläufe der Testungen in der Schule informiert und willige hiermit ein, dass mein Kind 2 x pro Woche an einem PoC-Antigen-Test zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion in der Schule teilnimmt. Mir ist bewusst, dass sich bei einem positiven Testergebnis die Schülerin / der Schüler direkt in häusliche Isolation begeben muss.

Ich willige auch ein in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Durchführung eines PoC-Antigen-Tests zum Ausschluss einer COVID-19 Erkrankung. Im Falle eines positiven Testergebnisses werden die Daten an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben.

Wenn keine Testungen in der Einrichtung mehr stattfinden, wird die Einverständniserklärung umgehend vernichtet.

Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich gegenüber der Schulleitung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die im Falle eines positiven Testergebnisses bestehende gesetzliche Meldepflicht der Schule gemäß §§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. t, 8 Abs. 1 Nr. 2 und 7, 9 Abs. 1 Nr. 1 und Absatz 2 i.V.m. §§ 36 Abs. 1 Nr.1 und 33 Nr. 3 Infektionsschutzgesetz im Falle eines positiven Testergebnisses gegenüber dem zuständigen Gesundheitsamt bleibt hiervon unberührt.

Vor- und Zuname: (Druckbuchstaben) _____

Ort/Datum Unterschrift
(Vor- und Zuname)