



Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Antigen-Selbsttest bzgl. einer COVID-19-Infektion | *gültig für alle Mitglieder der Schulgemeinschaft*

Angaben zur **Person**:

minderjährige(r) Schüler/in volljährige(r) Schüler(in) Mitarbeiter(in)

Name:

Vorname:

Stammgruppe:

Daten eines **Sorgeberechtigten**

Name:

Vorname:

tel. Erreichbarkeit:

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind / ich selbst an Antigen-Selbsttests teilnimmt/teilnehme. Ich willige ein, dass die Schule meinem Kind/mir den Test mit nach Hause geben darf.

Ich bestätige, dass dieser Test im häuslichen Bereich durchgeführt und das Ergebnis auf dem unteren Abschnitt notiert werden wird.

Im Falle eines positiven Ergebnisses nehme ich umgehend Kontakt zu meinem Arzt oder meiner Ärztin bzw. einem Testzentrum auf und lasse einen PCR-Test zur Verdachtsabklärung vornehmen.

Das Gesundheitsamt an meinem Wohnort wird von der Schule über ein positives Selbsttestergebnis informiert.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum Unterschrift eines oder einer Sorgeberechtigten / der volljährigen Person

Hinweis nach Art. 13 DSGVO: Im Falle eines positiven Testergebnisses werden die personenbezogenen Daten Ihres Kindes auf Grundlage des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben.

----- *den unteren Abschnitt bitte zum Wochenbeginn abgeben* -----

Name: _____ Klasse _____ Mitarbeitergruppe

Ich habe am _____ 2021 die Selbst-Testung durchgeführt.

Das Testergebnis war positiv negativ

Datum, Unterschrift