

Einverständnis zur anlassbezogenen Durchführung Antigen-Schnelltest

Name, Vorname

Schüler*in:

(Druckbuchstaben)

vertreten durch:

(Vor- und Zuname in

Druckbuchstaben

Personensorgeberechtigte/r)

Bis auf schriftlichen Widerruf **erteile ich hiermit mein Einverständnis zur anlassbezogenen Durchführung eines Antigen-Schnelltests** (durch Nasenabstrich oder Speicheltest). Ein Anlass ergibt sich bei Symptomen (Atemnot, neu auftretender Husten, Fieber und Geruchs- oder Geschmacksverlust) oder bei bestätigten Infektionen COVID-19- in der Klasse.

Ich wurde über die Durchführung der Testung aufgeklärt. Ich wurde über die Meldepflicht an das Gesundheitsamt sowie die erforderliche Nachtestung mittels PCR-Test im Falle eines positiven Ergebnisses informiert. Die Nachtestung ist durch mich selbst über den Hausarzt/die Hausärztin zu organisieren.

Weiterhin wurde ich über die Pflicht zur unverzüglichen häuslichen Absonderung bzw. zur Absonderung innerhalb der Einrichtung im Falle eines positiven Testergebnisses informiert.

Sollte o.g. Schüler*in nicht eigenständig unter Anleitung des Personals der Klasse den Corona-Schnelltest durchführen können, willige ich mit meiner Unterschrift der stellvertretenden Durchführung des Tests durch Lehrkräfte/Pädagogische Mitarbeiter*innen ein und stelle die testdurchführende Person von jeglichen Haftungsansprüchen in Bezug auf die Durchführung der Testung und möglicher Folgewirkungen frei.

Die Einwilligung zur Testdurchführung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Schule widerrufen werden.

Informationen zur mit der Testung verbundenen Datenverarbeitung finden Sie auf der „Information zur Datenverarbeitung im Zusammenhang mit Corona-Schnelltests“.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift gesetzliche Vertretung

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift gesetzliche Vertretung

Auf Verlangen erhalten Sie eine Kopie der unterschriebenen Einwilligungserklärung.