Einwilligungserklärung für minderjährige Schülerinnen und Schüler

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Antigen Selbsttest bzgl. einer COVID-19-Infektion

Schule: (vollständige Anschrift)

Angaben zur **Schülerin**/zum **Schüler**

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Daten eines **Sorgeberechtigten**
Name: Vorname:

Anschrift:
Straße: Hausnummer:

PLZ: Ort:

tel. Erreichbarkeit:

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Antigen-Selbsttests in der Schule.

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind an Antigen-Selbsttests in der Schule teilnimmt.

Mir ist bewusst, dass bei einem positiven Selbsttestergebnis mein Kind das Schulgelände möglichst zeitnah verlassen und sich direkt in häusliche Isolation begeben muss. Daher werde ich mein Kind möglichst zeitnah von der Schule abholen.
Ich nehme Kontakt zu meinem Arzt oder meiner Ärztin bzw. einem Testzentrum auf und lasse für mein Kind 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.
Meine Widerrufserklärung werde ich an die Schule richten (Adresse der Schule):
Aus der Nichterteilung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile.

_____
Ort, Datum Unterschrift eines oder einer Sorgeberechtigten

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.