Einwilligungserklärung für volljährige 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:

Anschrift:
Straße: Hausnummer:

PLZ: Ort:

tel. Erreichbarkeit:

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Antigen Selbsttest in der Schule

Hiermit willige ich ein, an Antigen Selbsttests in der Schule teilzunehmen.

Mir ist bewusst, dass ich bei einem positiven Testergebnis das Schulgelände umgehend verlassen muss und mich direkt in häusliche Isolation zu begeben habe. Ich nehme 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.
Meine Widerrufserklärung werde ich an die Schule richten (Adresse der Schule):
Aus der Nichterteilung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile.

_____
Ort, Datum Unterschrift der volljährigen Schülerin / des volljährigen Schülers

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