

Einverständniserklärung zur freiwilligen angeleiteten Selbsttestung

Name der Schule : _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Bei Minderjährigen Daten eines Sorgeberechtigten

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

(Angabe verpflichtend, wegen Kontaktaufnahme bei positivem Testergebnis)

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem angeleiteten Schnelltest (Selbsttest) zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion und zur damit verbundenen Datenweitergabe

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind an einem angeleiteten Selbsttest zweimal wöchentlich in der Schule teilnimmt. Mir ist bewusst, dass bei einem positiven Testergebnis mein Kind die Schule sofort verlassen und sich direkt in häusliche Quarantäne begeben muss. **Ich muss unverzüglich das Gesundheitsamt über ein positives Testergebnis informieren und einen PCR-Test durchführen.**

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.

Das zuständige Gesundheitsamt wird über das positive Schnelltestergebnis direkt von der Schule informiert.

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

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten bzw. die meiner Tochter / meines Sohnes nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Meine Widerrufserklärung werde ich schriftlich an die Schule richten.

Aus der Nichterteilung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile.

Vor- und Zuname: _____ (Druckbuchstaben)

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____