



Name der Einrichtung:

Einverständniserklärung zur PoC-Antigen-Testung

Schüler*in:

Nachname, Vorname:

geb. am:

Daten eines **Sorgeberechtigten bei Minderjährigen**

Name: Vorname:

Straße:

Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem PoC-Antigen-Test zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion und zur damit verbundenen Datenweitergabe

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind 2 x pro Woche an einem PoC-Antigen-Test zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion in der Schule teilnimmt. Mir ist bewusst, dass bei einem positiven Testergebnis mein Kind die Schule sofort verlassen und sich direkt in häusliche Isolation begeben muss, und dass ich außerdem unverzüglich das Gesundheitsamt an meinem Wohnort über ein positives Testergebnis informieren muss.

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. Im Falle eines positiven Testergebnisses willige ich ebenfalls in eine direkt anschließende Durchführung eines PCR-Tests ein.

Das zuständige Gesundheitsamt wird über das positive Schnelltestergebnis direkt informiert.

Wenn keine Testungen in der Einrichtung mehr stattfinden, 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 an die Schule richten (Adresse der Schule).

Aus der Nichterteilung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile.

Vor- und Zuname:
(Druckbuchstaben)

Ort/ Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname)