

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Antigen-Selbsttests.

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind an Antigen-Selbsttests für die Schule teilnimmt.

Mir ist bewusst, dass bei einem positiven Selbsttestergebnis mein Kind nicht zur Schule gehen darf. Ich nehme Kontakt zu meinem Arzt oder meiner Ärztin bzw. einem Testzentrum auf und lasse für mein Kind einen PCR-Test zur Verdachtsabklärung vornehmen.

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.

Durchführungsnachweis für die Corona-Selbstteste zu Hause

Vorname Nachname Schülerin/Schüler:	Klasse:
-------------------------------------	---------

***Der von der Schule gelieferte Test wurde nach Anleitung durchgeführt.
Das Testergebnis war gültig und negativ.***

Nr	Datum Test	Uhrzeit	Ergebnis Negativ ☒ → Schul- besuch	Ergebnis Positiv ☒ → Arzt aufsuchen	Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Wenn der Test positiv ausfällt, muss ein Arzt aufgesucht werden!