

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Antigen Selbsttests bezüglich einer COVID-19-Infektion für minderjährige Schülerinnen und Schüler

Schule an der Lessingstraße, Lessingstraße 13, 26409 Wittmund

Angaben zur Schülerin/zum Schüler

Name: _____ Vorname: _____
geboren am _____

Daten eines Sorgeberechtigten

Name: _____ Vorname: _____
Anschrift: _____

Telefon: _____

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. dem Gesundheitsamt 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: Schule an der Lessingstraße, Lessingstraße 13, 26409 Wittmund)
- 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.