



## **Einverständniserklärung für die Durchführung eines Antigen-Schnelltests zur COVID-19-Verdachtsfallabklärung an der Schule**

Ein Antigen-Schnelltest kann nur unter der Voraussetzung durchgeführt werden, dass die zu testende Person bzw. - bei Schulkindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr – der/die Erziehungsberechtigte zustimmt. Diese Einwilligung gilt für den Test, und die Verarbeitung der Daten im Zusammenhang mit dem Test und seiner Befundung.

Weitere Informationen über die Durchführung des Tests sind in einem Informationsschreiben enthalten, das dieser Erklärung beigelegt ist. Dieses Informationsschreiben samt Anlage bildet die Grundlage für die Einverständniserklärung. Ein Widerruf dieser Einverständniserklärung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft möglich (postalisch, per E-Mail oder Fax an die Schule). Durch den Widerruf der Einverständniserklärung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung erfolgten Maßnahmen und Datenverarbeitung nicht berührt. Ein Widerruf betrifft nicht die Vornahme von Testungen durch die Gesundheitsbehörde.

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname der zu testenden Person:

\_\_\_\_\_  
Wohnadresse:

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer/E-Mail-Adresse (der/des Erziehungsberechtigten) für die Befundauskunft:

Ich

- willige ein,  
 willige nicht ein,

dass im Verdachtsfall auf eine COVID-19-Erkrankung bei mir oder meinem unter 14-jährigen Kind ein Nasen-Rachen-Abstrich (über den Rachen oder die Nase) von geschultem Fachpersonal durchgeführt wird.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu testenden Person ab 14 Jahre bzw. der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Name (in Blockbuchstaben)