

Einwilligungserklärung zur Durchführung eines zertifizierten Schnelltests



Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem zertifizierten Corona-Schnelltest durch einen Leistungserbringer in der Schule zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion und der damit verbundenen Datenweitergabe.

Angaben zur Schülerin bzw. zum Schüler

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Klasse

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind im Falle eines positiven Testergebnisses bei den beaufsichtigten Selbsttestungen in der Schule an einem anschließenden **zertifizierten Corona-Schnelltest** gemäß Coronavirus-Testverordnung § 6 Abs. 1 zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion in der Schule teilnehmen darf.

Für den Schnelltest wird durch eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter der Stadt-Apotheke Walldorf ein **Wattestäbchen in die Nase eingeführt und dem Nasen-Rachen-Raum** ein Abstrich entnommen. Dieser Abstrich wird anschließend zur Durchführung eines Schnelltest verwendet.

Durch die Probeentnahme entstehen **keine Kosten**.

Mir ist bewusst, dass mein Kind bei einem **positiven Testergebnis** die Schule sofort verlassen und sich unverzüglich in häusliche Isolation begeben muss. Das Gesundheitsamt wird über ein positives Testergebnis informiert.

Ein **negatives Testergebnis** bedeutet, dass das Kind unmittelbar zurück in den Unterricht kann und keine weiteren Nachtestungen erforderlich sind.

Ich willige zudem in die Verarbeitung der **personenbezogenen Daten** meines Kindes ein. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Durchführung eines Corona-Schnelltests zum Ausschluss einer COVID-19-Erkrankung.

Die Einwilligung erfolgt auf **freiwilliger Basis** und kann jeder Zeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Aus der Nichterteilung der Einwilligung entstehen mir oder meinem Kind **keinerlei Nachteile**. In diesem Falle hole ich mein Kind nach einem positiven Testergebnis bei den beaufsichtigten Selbsttestungen unverzüglich ab und veranlasse die Durchführung einer weiteren Testung durch einen Leistungserbringer.

Mein Kind **muss** vor der Testung in der Schule unbedingt mitteilen, falls bei ihm eine Erkrankung im Nasen-Rachenbereich vorliegt oder falls es blutverdünnende Medikamente einnimmt.

Ort, Datum

Name der/des Erziehungsberechtigten (bitte in Druckbuchstaben)

Unterschrift(en)