

Name und Adresse der Schule:

**Einverständniserklärung zur PoC-Antigen-Testung**

***Schüler/Schülerin***

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

***Daten eines Sorgeberechtigten bei Minderjährigen***

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem PoC-Antigen-Test zum Ausschluss einer COVID19-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 sich bei einem positiven Testergebnis die Schülerin/der Schüler direkt in häusliche Isolation begeben muss. Eine Nutzung des ÖPNV ist nicht möglich. Gegebenenfalls ist die Schülerin/der Schüler von der Schule abzuholen.

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 Textergebnisses werden die Daten an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben.

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.

Aus der Nichterteilung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile.

Vor- und Zuname:  
(Druckbuchstaben)

-----

-----  
Ort/Datum  
(Vor- und Zuname)

-----  
Unterschrift