

### Einverständniserklärung zur PoC-Antigen-Testung

#### Name und Adresse der Schule

---

---

#### Schüler/in

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

#### Daten eines Sorgeberechtigten bei Minderjährigen

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

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 ich bzw. mein Kind 2 x pro Woche an einem PoC-Antigen-Test zum Ausschluss einer COVID19-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 dann nicht möglich. Gegebenenfalls ist die Schülerin / der Schüler von der Schule abzuholen.

Ich willige auch ein in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten. Die Datenerfassung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Durchführung eines PoC-Antigen-Tests zum Ausschluss einer COVID19 Erkrankung. Im Falle eines positiven Testergebnisses werden die Daten an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben. Wenn keine Testungen in der Schule 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 meines Kindes nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Eine Widerrufserklärung ist an die Schule zu richten. Aus der Nichterteilung der Einwilligung entstehen mir oder meinem Kind keine Nachteile.

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_