Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem PoC-Antigen-Schnelltest zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion

**Schule:**

Vollständige

Anschrift

**Schüler/Schülerin**

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

**Bei Minderjährigen Daten eines/einer Sorgeberechtigten:**

Name Vorname:

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort:

Telefonisch erreichbar:

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem PoC-Antigen-Schnelltest zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion und zur damit verbundenen Datenweitergabe

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind an einem PoC-Antigen-Test zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion in der Schule teilnimmt. Mir ist bewusst, dass bei einem positiven Testergebnis mein Kind die Schule sofort verlassen und sich direkt in häusliche Isolation begeben muss. Außerdem, dass ich unverzüglich das Gesundheitsamt an meinem Wohnort über ein positives Testergebnis informieren muss. Ich willige 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. Eine Weitergabe der personenbezogenen Daten an Dritte findet nicht statt. Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ab Zugang der Erklärung 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.

Meine Widerrufserklärung werde ich an die Schule richten.

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

Unterschrift der volljährigen Schüler/in bzw. Sorgeberechtigte/r