

Einverständniserklärung zur PoC-Antigen-Testung

Name des Schülers/der Schülerin: _____ Klasse _____

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind 2x pro Woche an einem PoC-Antigentest zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion teilnimmt.

Mir ist bewusst, dass sich bei einem positiven Testergebnis mein Kind direkt in häusliche Isolation begeben muss. Gegebenenfalls wird es von der Schule abgeholt.

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

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 mehr verarbeitet 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 Erz.berechtigten