

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem PoC-Antigen-Test

Zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion

Schule: SBZ des Landkreises Saalfeld-Rudolstadt
Trommsdorffstr. 1
07407 Rudolstadt

Angaben zur Schülerin/ zum Schüler

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Daten eines Sorgeberechtigten bei Minderjährigen:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

telef. Erreichbarkeit: _____

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, und dass ich außerdem unverzüglich das Gesundheitsamt an meinem Wohnort über ein positives Testergebnis informieren muss.

Ich willige auch ein in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Durchführung eines PoC-Antigen-Tests.

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 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 Praxis

Anne Marr, Rainweg 70 in 07318 Saalfeld richten.

Ort/Datum

Unterschrift eines Sorgeberechtigten