

Schule	
Name/Vorname der Schülerin/des Schülers	Geburtsdatum

## **Einverständniserklärung für volljährige Teilnehmende an freiwilligen Corona-Selbsttests in der Schule**

Die schriftliche Information zu den Corona-Selbsttests in der Schule sowie die Datenschutzhinweise habe ich erhalten und gelesen.

- Ich \_\_\_\_\_ [Name], \_\_\_\_\_ [Klasse] nehme an den Corona-Selbsttests teil und bin damit einverstanden, dass das Ergebnis der Testung von der aufsichtsführenden Person eingesehen werden darf und die erforderlichen Daten gespeichert werden.

Ich weiß, dass die Teilnahme an den Testungen freiwillig ist und die Zustimmung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden kann. Ein etwaiger Widerruf der Einwilligung lässt eine Übermittlung positiver Testergebnisse an das zuständige Gesundheitsamt aufgrund der gesetzlichen Meldepflichten nicht entfallen.

Im Falle eines positiven Selbsttests werde ich umgehend ein PoC-Test Antigentest in einer vom Land beauftragten Schnellteststation durchführen lassen. Ich werde der Schule das Ergebnis schnellstmöglich mitteilen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift volljährige Teilnehmende