

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 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 im Falle eines positiven Testergebnisses dokumentiert wird.

Ich weiß, dass die Teilnahme an den Testungen freiwillig ist und die Zustimmung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden kann.

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.

Ich wurde darüber informiert, dass die im Rahmen der Testung erhobenen Daten streng vertraulich behandelt werden.

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

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