



Einverständniserklärung zur Durchführung eines Antigen-Selbsttests meines Kindes

(Vorlage des Hessischen Kultusministeriums vom 30.03.2021)

Datum: _____

Name des Kindes: _____ Klasse: _____

Ich bin mit der **Durchführung regelmäßiger, kostenfreier Antigen-Selbsttests im Schuljahr 2020/2021** und der damit zusammenhängenden Datenverarbeitung, insbesondere meiner Gesundheitsdaten/ der Gesundheitsdaten meines Kindes in Form von Testergebnissen durch die jeweilige Schule zum Zweck der Feststellung einer etwaigen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 und der Verhinderung einer weiteren Verbreitung des Virus einverstanden.

Mir ist bekannt, dass die zu testende Person den Test **eigenständig durchführt**. Es ist möglich, dass Schülerinnen und Schüler durch medizinisch geschulte Patinnen und Paten z.B. des Deutschen Roten Kreuzes unterstützt werden, wenn sie den Test nicht selbst durchführen können.

Mir ist bewusst, dass im **Fall eines positiven Testergebnisses** aufgrund einer gesetzlichen Meldepflicht eine Übermittlung meiner Daten/ der Daten meines Kindes durch die Schulleitung an das jeweils zuständige Gesundheitsamt erfolgt. Außerdem besteht in diesem Fall eine Pflicht zur Absonderung und zur Nachtestung mittels eines PCR-Tests.

Meine **Einwilligung ist freiwillig**. Sofern ich nicht einwillige, entstehen mir/ meinem Kind keine Nachteile. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Schule widerrufen. Wird meine Einwilligung nicht widerrufen, gilt sie bis zum Ablauf des laufenden Schuljahres. Der Widerruf der Einwilligung kann beispielsweise postalisch, per E-Mail oder Fax an die Schule erfolgen. Die bis zum Widerruf vorgenommene Datenverarbeitung, einschließlich der Datenübermittlung, bleibt rechtmäßig. Ein etwaiger Widerruf der Einwilligung lässt eine Übermittlung positiver Testergebnisse an das zuständige Gesundheitsamt aufgrund der gesetzlichen Meldepflichten nicht entfallen.

Ich bestätige, dass ich die anliegenden **Datenschutzhinweise** zur Kenntnis genommen habe.

Name, Vorname der zu testenden Person in DRUCKBUCHSTABEN)

Telefon-Nr. (bei Minderjährigen eines Elternteils): _____

E-Mail-Adresse (bei Minderjährigen eines Elternteils): _____

Ort, Datum, Unterschrift eines Elternteils: _____