

**CORONA TEST – Schultestungen****Einverständniserklärung zum Coronatest Kinder/Jugendliche**

Im Rahmen der Schultestungen bis 30.9.2021

Angaben Kind/Jugendliche(r) unter 18 Jahren	Angaben Erziehungsberechtigte/r
Schule Klasse	Vorname
Vorname, Name	Name
Geburtsdatum	
Geschlecht: männlich weiblich	
Adresse / PLZ und Ort	eMail
Krankenkasse: Versichertenkartennummer Krankenkasse 80756	Handynummer
Alle Felder sind Pflichtfelder	Alle Felder sind Pflichtfelder

**Ja, wir sind einverstanden**, dass unser Kind im Rahmen der Schultestungen auf das Coronavirus getestet werden darf. Wir haben die **Datenschutzerklärung** gelesen und sind damit einverstanden. Wir erlauben das **Übertragen der Versichertenkarten Nummer** unseres Kindes im Fall eines positiven Poolresultats mit einem notwendigen, für uns kostenlosen Einzel-PCR-Speicheltest unseres Kindes.

**Nein, wir sind nicht einverstanden**, dass unser Kind im Rahmen der Schultestungen auf das Coronavirus getestet werden darf. (In diesem Fall ist es ausreichend, wenn Name/Vorname angegeben, sowie das Dokument unterschrieben retourniert wird. Die Pflichtfelder müssen nicht ausgefüllt werden.)

Unser Kind nimmt an der Testung **noch nicht** teil, weil ein positives Testergebnis vom vorliegt. Frühestens nach 3 Monaten seit der Ansteckung ist eine Teilnahme am Testen möglich.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r.....  
Unterschrift Schülerin/Schüler