**Einverständniserklärung zum Coronatest Kinder/Jugendliche**

Im Rahmen der Schultestungen bis Ende März 2022

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben Kind/Jugendliche(r) unter 18 Jahren** |  | **Angaben Erziehungsberechtigte/r** |
| Schule Klasse      | Vorname      |
| Vorname, Name      | Name      |
| Geburtsdatum      |  |
| Geschlecht: [ ]  männlich [ ]  weiblich |
| Adresse, PLZ und Ort      | E-Mail-Adresse      |
| Versichertenkartennummer Krankenkasse:80756      Krankenkasse:       | 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 Versichertenkartennummer** unseres Kindes im Fall eines positiven Poolresultats mit einem notwendigen, für uns kostenlosen Einzel-PCR-Speicheltest unseres Kindes.

[ ]  **Ja,** unser Kind nimmt an der Testung teil, jedoch **noch nicht jetzt**, weil ein positives Testergebnis vom       (Datum) vorliegt. Frühestens nach 3 Monaten seit der Ansteckung ist eine Teilnahme am Testen möglich.

[ ]  **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.)\*

[ ]  Unser Kind nimmt an der Testung nicht teil, da es seit

(Datum) vollständig geimpft ist.

………………………………………………………………………….…………………………………

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

\* Bitte beachten Sie den Hinweis zu den Angaben der Krankenkasse im Elternschreiben.