|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logo_markdorf_grau | Amt | Grundschule Markdorf |
| Tester |  |
| Telefon | 07544 73087 |
| Aktenzeichen |  |
| Markdorf, 16. März 2021 |

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Zuname des Kindes:  |       |
| Klasse: |  |

**Einwilligungserklärung zum SARS-CoV-2-Rapid-Antigen-Schnelltest(Nasen-Abstrich) für Schüler**

Hiermit bin ich einverstanden, dass für mein Kind ein SARS-CoV-2-Rapid-Antigen-Schnelltest (Nasen-Abstrich) durchgeführt wird.

Datum, Unterschrift der beiden Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mailadresse (freiwillig): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Das Ergebnis wird Ihnen mitgeteilt.

Ihre Daten werden ausschließlich in der Grundschule Markdorf gespeichert.

Testergebnis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durchgeführt um (Uhrzeit): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Abgelesen um (Uhrzeit): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei positivem Testergebnis hat der/die Schüler/in die Einrichtung sofort zu verlassen und beim Hausarzt einen PCR-Test zu machen.