

## **Einwilligungserklärung für minderjährige Schülerinnen und Schüler**

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Antigen Selbsttests bzgl. einer COVID-19-Infektion

DEULA Westerstede gGmbH, Max Eyth Straße 12 – 18, 26655 Westerstede

### **Angaben zur Schülerin/zum Schüler**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Daten eines Sorgeberechtigten**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

tel. Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

### **Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Antigen Selbsttests in der DEULA**

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind an Antigen-Selbsttests in der DEULA teilnimmt. Mir ist bewusst, dass bei einem positiven Selbsttestergebnis mein Kind das DEULA Gelände möglichst zeitnah verlassen und sich direkt in häusliche Isolation begeben muss. Daher werde ich mein Kind möglichst zeitnah von der DEULA abholen.

Ich nehme Kontakt zu meinem Arzt oder meiner Ärztin bzw. einem Testzentrum auf und lasse für mein Kind einen PCR-Test zur Verdachtsabklärung vornehmen.

Das Gesundheitsamt an meinem Wohnort wird von der Schule über ein positives Selbsttestergebnis informiert.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Meine Widerrufserklärung werde ich an die DEULA richten.

Aus der Nichterteilung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift eines oder einer Sorgeberechtigten

Hinweis nach Art. 13 DSGVO: Im Falle eines positiven Testergebnisses werden die personenbezogenen Daten auf Grundlage des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben.

DEULA Westerstede, Max Eyth Straße 12 – 18, 26655 Westerstede

Tel. 04488 8301/36 [deula-westerstede@deula.de](mailto:deula-westerstede@deula.de)

Amtsgericht Oldenburg HRB 120514