

Einverständniserklärung zur Teilnahme am SARS-CoV-2-Screening im Rahmen des Schulbesuchs und zur damit verbundenen Datenweitergabe

Name des Kindes bzw. volljährige/r Schüler/in: _____

Adresse: _____

Klasse/Gruppe: _____

Schule: _____

Im Rahmen der Teststrategie des Landkreises und der Stadt Schwäbisch Hall erhalten Schülerinnen und Schüler ausgewählter Schulen das Angebot, an einer Testung auf eine SARS-CoV-2-Infektion teilzunehmen. Die Testung erfolgt als sogenannte „Pooltestung“, bei der die Proben mehrerer Kinder gesammelt werden. Die Teilnahme Ihres Kindes am Screening ist freiwillig und kostenlos. Das Screening erfüllt alle Ansprüche behördlich vorgeschriebener Testpflichten. Solange eine Testpflicht gilt, darf Ihr Kind bzw. volljährige/r Schüler/in ohne einen Test nicht am Präsenzunterricht teilnehmen.

Im Zusammenhang mit der Testung werden personenbezogene Daten von Ihnen bzw. von Ihrem Kind wie Namen, Kontaktdaten, Geburtsdatum und Gesundheitsdaten (Test positiv, Test negativ) verarbeitet. Sie werden über die Schule bei einem negativen Test sowie im Falle eines positiven Ergebnisses per SMS/Telefon über das Testergebnis informiert.

Ist der Pool-Test positiv, ist eine Einzel-Nachtestung erforderlich. Bei positivem Ergebnis wird das örtlich zuständige Gesundheitsamt informiert. Dieses ist gemäß Art. 6 Abs. 1 c, Art. 9 Abs. 2 i Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) i. V. m. §§ 6, 8 Infektionsschutzgesetz (IfSG) dazu verpflichtet, Sie über das positive Testergebnis Ihres Kindes bzw. volljährigen Schüler/in zu informieren. Dazu ist es erforderlich, Ihr Kind bzw. volljährige/r Schüler/in eindeutig zu identifizieren und Sie ggfs. zu kontaktieren.

Mit der Zustimmung zur Teilnahme am SARS-CoV-2-Screening erklären Sie sich einverstanden, dass Ihr Kind oder volljährige/r Schüler/in unter Anleitung und Aufsicht einen oder mehrere SARS-CoV-2-Tests durchführt. Außerdem sind Sie mit der für die Durchführung dieser Tests notwendigen Datenverarbeitung einverstanden.

Hiermit entbinden Sie auch die Mitarbeiter/innen des CoVLAB und der Universitätsmedizin Mannheim GmbH, welche in die Untersuchung eingebunden sind, von der ärztlichen Schweigepflicht (§203 StGB) gegenüber der jeweiligen Schule/Schulträger, damit umgehend die betroffene Person parallel informiert und auf eine Infektion reagiert werden kann. Dies betrifft nur die personenbezogene Information „Positiv“ oder „Negativ“ der Einzeltests!

Mir ist bekannt, dass die Testteilnahme durch die Schule dokumentiert wird. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten bzw. die meines Kindes nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Meine Widerrufserklärung werde ich an die Schule richten.

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an und geben das unterschriebene Formular in der Schule ab:

☐ Ich stimme der Teilnahme zu. ☐ Ich lehne die Teilnahme ab.

Mobilfunk- oder Telefonnummer, über die bei positiver Testung informiert werden soll:

Tel. (leserlich): _____

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r
bzw. volljährige/r Schüler/in