

## Einwilligungserklärung

**Ich bin mit der Durchführung regelmäßiger, kostenfreier Antigen-Selbsttests im Schuljahr 2020/2021 und der damit zusammenhängenden Datenverarbeitung, insbesondere meiner Gesundheitsdaten/ der Gesundheitsdaten meines Kindes in Form von Testergebnissen durch die jeweilige Schule zum Zweck der Feststellung einer etwaigen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 und der Verhinderung einer weiteren Verbreitung des Virus einverstanden. Mir ist bekannt, dass die zu testende Person den Test eigenständig durchführt.**

**Es ist möglich, dass Schülerinnen und Schüler durch medizinisch geschulte Patinnen und Paten z.B. des Deutschen Roten Kreuzes unterstützt werden, wenn sie den Test nicht selbst durchführen können.**

**Mir ist bewusst, dass im Fall eines positiven Testergebnisses aufgrund einer gesetzlichen Meldepflicht eine Übermittlung meiner Daten/ der Daten meines Kindes durch die Schulleitung an das jeweils zuständige Gesundheitsamt erfolgt. Außerdem besteht in diesem Fall eine Pflicht zur Absonderung und zur Nachtestung mittels eines PCR-Tests.**

**Meine Einwilligung ist freiwillig. Sofern ich nicht einwillige, entstehen mir/ meinem Kind keine Nachteile.**

**Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Schule widerrufen. Wird meine Einwilligung nicht widerrufen, gilt sie bis zum Ablauf des laufenden Schuljahres. Der Widerruf der Einwilligung kann beispielsweise postalisch, per E-Mail oder Fax an die Schule erfolgen. Die bis zum Widerruf vorgenommene Datenverarbeitung, einschließlich der Datenübermittlung, bleibt rechtmäßig. Ein etwaiger Widerruf der Einwilligung lässt eine Übermittlung positiver Testergebnisse an das zuständige Gesundheitsamt aufgrund der gesetzlichen Meldepflichten nicht entfallen.**

**Ich bestätige, dass ich die anliegenden Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen habe.**

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname der zu testenden Person in DRUCKBUCHSTABEN)

Telefon-Nr. (bei Minderjährigen eines Elternteils): \_\_\_\_\_

Klasse/Gruppe: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse (bei Minderjährigen eines Elternteils): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift der zu testenden  
Person, wenn 14 Jahre alt oder älter)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Eltern)

Bitte beachten Sie für die Erteilung der Einwilligung ergänzend folgende Hinweise:

- Für Testpersonen bis zu 14 Jahren muss die Einwilligung durch ein nach § 100 Hessisches Schulgesetz (HSchG) berechtigtes Elternteil oder eine berechtigte Person unterschrieben werden.
- Bei Testpersonen zwischen 14 und 18 Jahren ist eine Unterschrift eines nach § 100 HSchG berechtigten Elternteils oder einer berechtigten Person **und** der Testperson notwendig.
- Bei volljährigen Testpersonen ist die Unterschrift der Testperson ausreichend.