



**Einwilligung:**

Hiermit willige ich in die Durchführung der Tests zum Zweck der Feststellung einer etwaigen COVID-19-Infektion und im Weiteren zur Verhinderung der Ausbreitung dieser Krankheit ein.

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Schule widerrufen werden.

Mir ist bewusst, dass im Falle eines positiven Testergebnisses eine gesetzliche Meldepflicht gegenüber dem jeweils zuständigen Gesundheitsamt besteht. Ein etwaiger Widerruf der Einwilligung lässt diese gesetzliche Meldepflicht nicht entfallen.

Name und Anschrift der Testperson: \_\_\_\_\_

Unterschrift bei Volljährigkeit der Testperson:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der volljährigen Testperson

Unterschrift bei Minderjährigkeit der Testperson:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift einer/eines Personensorgeberechtigten

Auf Verlangen ist der volljährigen Testperson oder der/dem Personensorgeberechtigten eine Kopie der unterschriebenen Einwilligungserklärung auszuhändigen.