

# Dr.-Walter-Bruch-Schule

Berufsbildungszentrum St. Wendel



## **Einverständniserklärung zur Teilnahme an den Coronatests und der damit verbundenen Verarbeitung personenbezogener Daten an der Dr.-Walter-Bruch-Schule (volljährige)**

Die schriftliche Information zu den PoC-Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 (Corona) an der Schule und die Information zum Datenschutz habe ich erhalten und gelesen. Den Inhalt der beiden Schreiben habe ich verstanden.

Ich erkläre mich hiermit damit einverstanden, dass ich an den Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 (Coronavirus) in der Schule teilnehme. Mir ist bekannt, dass dieses Angebot nur an meinen Präsenztagen und innerhalb der für die Testungen mit den Ärzten vereinbarten Zeiträume in der Schule besteht. Die Tests sind Antigen-Schnelltests und werden von Ärztinnen und Ärzten und/oder deren Personal in der Regel über einen Nasen-Rachen-Abstrich durchgeführt. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an den Tests freiwillig ist und daher auch jederzeit abgebrochen werden kann. Mir ist bekannt, dass bei dieser Testung die untenstehenden personenbezogenen Daten über mich, darüber hinaus der Name der Schule und das Datum der Testung verarbeitet werden (siehe Information zum Datenschutz). Ich weiß, dass diese Zustimmung ohne Angabe von Gründen ohne Nachteile jederzeit widerrufen werden kann. Eine Testung ohne das Einverständnis zur Datenverarbeitung ist jedoch nicht möglich.

Mir ist ebenfalls bekannt, dass die Schule bei positivem Testergebnis mich und das Gesundheitsamt wie beschrieben informiert. Ich muss dann die Schule verlassen und sollte mich, bis andere Informationen vom Gesundheitsamt vorliegen, in häusliche Isolation begeben. Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich

Ihr Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Ggf. Klasse: \_\_\_\_\_ an den Schultestungen

auf das Coronavirus teilnehme.

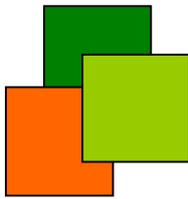
Um mich im Falle eines positiven Testergebnisses zu informieren bin ich unter folgender Telefonnummer erreichbar:

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

---

Datum

Unterschrift



# Dr.-Walter-Bruch-Schule

Berufsbildungszentrum St. Wendel



Technisch-gewerblicher Bereich

Werschweilerstr. 41 66606 St. Wendel

Nachname der zu testenden Person: \_\_\_\_\_

Vorname der zu testenden Person: \_\_\_\_\_

Ggf. Klasse: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie an, wie häufig Sie vom Angebot des Schnelltests Gebrauch machen möchten:

- zweimal wöchentlich
- einmal wöchentlich
- vierzehntägig
- gar nicht

Mir ist bekannt, dass durch das Ankreuzen kein Anspruch auf einen Test weder an einem bestimmten Tag noch in einer bestimmten Regelmäßigkeit hergeleitet werden kann. Die Testung erfolgt nach Testkapazitäten an der Schule.

---

Datum

Unterschrift