

Name der Schule, Anschrift

Information
zur Durchführung von Corona-Schnelltests
und Einwilligungserklärung
für das Testangebot an Minderjährige

Zwecks Verhinderung und Eindämmung der Verbreitung von COVID-19 werden zur Feststellung, ob eine akute COVID-19-Infektion bei Ihrem Kind vorliegt, seitens der Schule freiwillige anlassbezogene Corona-Schnelltests angeboten. Durch die Teilnahme an den Tests entstehen für Sie keine Kosten.

Die Tests werden in der Schule durch die Schüler selbst unter Anleitung der Lehrkräfte durchgeführt.

Bei dem verwendeten Test handelt es sich um einen sog. kurzen Nasenabstrich. Alle Details zum Test und zur Durchführung des Tests sind zu finden auf der Homepage:

<https://www.coronavirus.sachsen.de/eltern-lehrkraefte-erzieher-schueler-4144.html>.

Sollte das Testergebnis positiv ausfallen, also auf eine akute COVID-19-Infektion hinweisen, ist die Testperson nach der jeweils aktuell gültigen Regelung zur Absonderung ([Quarantäne-Regeln in Sachsen - Coronavirus in Sachsen - sachsen.de](#)) verpflichtet, sich unverzüglich nach Kenntniserlangung des positiven Testergebnisses abzusondern und einen Test bei einem Arzt bzw. einer Teststelle durchführen zu lassen. Minderjährige Personen werden nach einem positiven Testergebnis räumlich separiert und sind umgehend durch einen Personensorgeberechtigten abzuholen. Schulische Aufsichtspflichten bestehen bis zum Zeitpunkt der Abholung fort.

Der Widerruf der Einwilligung ist gegenüber der Schule vorzunehmen.

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 Absonderung entsprechend der jeweils geltenden Regelung zur Absonderung verpflichtend wird. Ein etwaiger Widerruf der Einwilligung lässt diese Verpflichtung nicht entfallen.

Name und Anschrift der Testperson: _____

Ort, Datum, Unterschrift einer/eines Personensorgeberechtigten