

Einwilligungserklärung zur Durchführung eines Antigen-Tests („Spuck-Tests“)

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind

Name:

Vorname:

Schule:

Klasse:

während des Schulbesuches **im Rahmen der regelmäßigen Testung auf SARS-CoV-2 Viren einen Antigen-Schnelltest („Spuck-Test“)** selbst durchführen darf (bitte ankreuzen).

ja nein

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt. Diese Erklärung verbleibt in der Schule. Die Durchführung der Testung in den Schulen des Burgenlandkreises wird durch die medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität begleitet. **Mein Kind nimmt an der wissenschaftlichen Begleitung PERSPEKTIVE-21 Bildung-Sachsen-Anhalt teil (bitte ankreuzen).**

ja nein

Mir ist bekannt, dass die Ergebnisse und Daten, die im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Begleitung ermittelt werden, durch die Universität Halle/S. aufbewahrt und verwendet werden. Die Daten werden anonym durch eine verschlüsselte Identifikationsnummer an die Universität übermittelt.

Ich bin damit einverstanden evtl. zu einem späteren Zeitpunkt durch die Universität Halle/S. erneut kontaktiert zu werden.

ja nein

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne die Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass irgendwelche Nachteile daraus entstehen.

Datum:

Unterschrift der Sorgeberechtigte