

## Einverständniserklärung für freiwillige SARS-CoV2-Selbsttests

Im Rahmen der Teststrategie des Landes Brandenburg für den Schulbereich erhalten alle Schülerinnen und Schüler das Angebot, je Präsenzwoche, in der sie an mindestens einem Tag in der Schule im Präsenzunterricht sind, einen Selbsttest durchzuführen. Die Testung erfolgt **freiwillig** und **kostenlos**. Die Schülerinnen und Schüler führen den Test selbst durch. Die Lehrkräfte erklären den Schülerinnen und Schülern die Anwendung des Selbsttests anhand der Gebrauchsanleitung und beaufsichtigen die Testdurchführung.

Im Zusammenhang mit der Testung werden personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind wie Name, Geburtsdatum und Gesundheitsdaten (Test positiv, Test negativ) verarbeitet. Die Daten werden verarbeitet, um Sie/Ihr Kind eindeutig zu identifizieren und ggfs. mit Ihnen in Kontakt treten zu können.

Ist der Test positiv, ist die Schule gem. Art. 6 Abs. 1 lit. c, Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. §§ 6, 8 Infektionsschutzgesetz (IfSG) dazu verpflichtet, Sie über das positive Testergebnis Ihres Kindes zu informieren und Ihre Daten an die zuständige Gesundheitsbehörde weiterzuleiten.

Ein Widerruf dieser Einverständniserklärung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft möglich (postalisch, per E-Mail oder Fax an die Schule).

Angaben zur Schule	
Name	
Vollständige Anschrift	

Angaben zur Schülerin/zum Schüler		
Name	Vorname	Geburtsdatum

Angaben zu den Eltern (nur bei minderjährigen Schülerinnen und Schülern)		
Der Begriff „Eltern“ wird gemäß dem Brandenburgischen Schulgesetz verwendet, wonach der Begriff Eltern alle „die für die Person der minderjährigen Schülerin oder des minderjährigen Schülers einzeln oder gemeinsam Sorgeberechtigten oder ihnen nach diesem Gesetz gleichgestellte Personen“ einschließt (vgl. § 2 Nr. 5 BbgSchulG).		
1.	Name	Vorname
	<input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte/r	
	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Telefon mit Vorwahl / Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit		
2.	Name	Vorname
	<input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte/r	
	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Telefon mit Vorwahl / Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit		

**Ich willige/wir willigen ein, dass ich/mein/unser Kind an den SARS-CoV2-Selbsttests in der Schule an einem Selbsttest je Präsenzwoche teilnehme/teilnimmt.**

Ort, Datum	Unterschrift der Eltern/der volljährigen Schülerin/des volljährigen Schülers
------------	--