

Schule/Schulstempel:

Einverständniserklärung für Schüler*innen

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

BARCODE:

Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung eines Nasen- / Rachenabstrichs zur Entnahme von Proben zum Zwecke der Testung auf den Erreger SARS-CoV-2 / COVID-19 einverstanden.

Die Probenentnahme wird im Auftrag des Gesundheitsamtes vom Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Hessen e.V. Regionalverband Frankfurt am Main, Silostraße 23, 65929 Frankfurt (ASB Hessen) durchgeführt und von einem vom RV Frankfurt am Main beauftragten Labor ausgewertet.

Weiterhin entbinde ich alle in die Untersuchung involvierten Ärzte und Ärztinnen und Mitarbeiter des ASB Hessen sowie das mit der Labordiagnostik beauftragte Labor von der Schweigepflicht zum Zwecke einer Befundübermittlung an das zuständige Gesundheitsamt.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Befundmitteilung auch direkt an meine Schule erfolgen darf.

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ort/Datum: _____ Unterschrift Schüler/in: _____

Name und Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Name: _____ Unterschrift: _____

Telefonnummer des Erziehungsberechtigten: _____