

## Einwilligungserklärung

Ich/wir willige/n ein, dass der Fachdienst Gesundheitsdienste des Kreises Rendsburg-Eckernförde zur Feststellung einer Infektion mit Sars-CoV-2 (Corona-Virus) bei meinem/unserem Sohn/ meiner/unsere Tochter

---

(Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes)

---

(Name und Klasse besuchten Schule)

einen Nasen-Rachen-Abstrich zur Durchführung eines Antigen-Schnelltests durchführen darf.

Ich bin/wir sind darüber informiert, dass im Falle eines positiven Test-Ergebnisses eine weiterer Nasen-Rachen-Abstrich zur Durchführung eines PCR-Tests bei meinem/unserem Sohn/ meiner/unsere Tochter erfolgen wird. Auch damit sind wir einverstanden.

Das Informationsschreiben zu Antigen-Schnelltests des Fachdienstes Gesundheitsdienste des Kreises Rendsburg-Eckernförde habe ich gelesen.

Diese Einwilligung ist gültig für das Schuljahr 2020/2021. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

---

(Ort und Datum)

---

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

---

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten