**Einwilligungsformular für COVID-19-Antigen-Schnelltest**

|  |
| --- |
| Name der Schülerin / des Schülers: |
| Geburtsdatum der Schülerin / des Schülers: |
| Schule: |
| Name(n) der Eltern/Erziehungsberechtigten: |
| Wohnanschrift: |
| Telefonnummer: |

**Lesen Sie die folgende Einwilligungserklärung bitte sorgfältig durch und unterschreiben Sie die Autorisierung zum Testen auf COVID-19.**

1. Ich habe verstanden, dass die COVID-19-Testung der o. g. Schülerin / des o. g. Schülers anhand eines <insert name of test> erfolgt, der vom Washington State Department of Health (Gesundheitsministerium des Bundesstaates Washington) bereitgestellt wird, und ich bestätige, dass mit das *Personen-Merkblatt* für den Test zur Verfügung gestellt wurde.
2. Ich habe verstanden, dass die Möglichkeit, dass die/der oben genannte Schüler(in) getestet werden kann, von der Verfügbarkeit des Testmaterials abhängig ist.
3. Ich habe verstanden, dass die Organisation, die den Test durchführt, nicht als Gesundheitsdienstleister der o. g. Schülerin / des o. g. Schülers agiert. Der Test ersetzt nicht die Behandlung durch einen Arzt. Ich übernehme die volle Verantwortung, in Bezug auf die Testergebnisse angemessene Maßnahmen zu ergreifen, einschließlich der Einholung von ärztlichem Rat, medizinischer Versorgung und Behandlung durch einen Arzt oder eine andere Gesundheitseinrichtung, wenn ich Fragen oder Bedenken habe, wenn die/der oben genannte Schüler(in) COVID-19-Symptome entwickelt oder wenn sich der Zustand der o. g. Schülerin / des o. g. Schülers verschlechtert.
4. Mir ist bewusst, dass wie bei jedem medizinischen Test die Möglichkeit eines falsch positiven oder falsch negativen COVID-19-Testergebnisses besteht.
5. Ich habe verstanden, dass es in meiner Verantwortung liegt, den Arzt der o. g. Schülerin / des o. g. Schülers über ein positives Testergebnis zu informieren und dass keine Kopie für mich an den Arzt der o. g. Schülerin / des o. g. Schülers geschickt wird.
6. Ich habe verstanden, dass das Ergebnis des Antigentests in 15-30 Minuten vorliegen wird.
7. Ich habe verstanden und akzeptiere, dass ein positives Antigen-Testergebnis signalisiert, dass sich die/der oben genannte Schüler(in) in Selbstisolation begeben muss, um eine Ansteckung anderer zu vermeiden.
8. Ich wurde über den Zweck, die Verfahren und potenzielle Risiken und Nutzen des Tests informiert. Ich werde

Gelegenheit haben, Fragen zu stellen, bevor ein COVID-19-Test durchgeführt wird. Ich habe verstanden, dass ich den Test ablehnen kann, wenn ich nicht möchte, dass bei der/dem oben genannten Schüler(in) mit dem COVID-19-Diagnosetest fortgefahren wird.

1. Ich habe verstanden, dass die Testergebnisse zur Gewährleistung der öffentlichen Gesundheit und Sicherheit und zur Kontrolle der Verbreitung von COVID-19

ohne meine individuelle Genehmigung weitergegeben werden können.

1. Ich habe verstanden, dass die Testergebnisse den zuständigen Gesundheitsbehörden, soweit dies gesetzlich vorgeschrieben ist, offengelegt werden.
2. Ich habe verstanden, dass ich meine Einwilligung zum Test jederzeit vor der Durchführung des Tests widerrufen kann.

**AUTORISIERUNG/EINWILLIGUNG IN DIE TESTUNG AUF COVID-19**

* Ich bin damit einverstanden, der/dem oben genannten Schüler(in) zu genehmigen, sich auf COVID-19 testen zu lassen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte Datum

* Ich bin damit einverstanden, mich auf COVID-19 testen zu lassen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Schüler(in) (ab 18 Jahre) Datum