

***Einverständniserklärung und Haftungsausschluss zur Teilnahme an
Corona-Tests für Minderjährige und der damit verbundenen Datenverarbeitung***

Wie und wo wird der Test durchgeführt?

Bei einem Antigen-Schnelltest erfolgt die Probenentnahme standardmäßig durch einen vorderen Nasenabstrich (anterio-nasal) oder durch Abgabe von Speichel/Sputum oder - falls gewünscht - durch einen tiefen Nasenabstrich (nasopharyngeal). Die Tests werden ausschließlich von medizinisch geschultem Personal durchgeführt.

Gibt es Nebenwirkungen oder andere Gefahren?

Im Rahmen der Durchführung kann es in Einzelfällen zu Verletzungen, wie z.B. leichten Blutungen oder Reizungen kommen.

Einverständniserklärung und Haftungsausschluss zur Corona-Testung und zur damit verbundenen Datenverarbeitung von:

Nachname, Vorname d. Minderjährigen: _____

geb. am: _____

Daten des Sorgeberechtigten:

Nachname, Vorname: _____

E-Mail: _____

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind an einem Antigen-Schnelltest zum Nachweis einer möglichen COVID-19-Infektion teilnimmt. Ich habe die aufgeführten Informationen -auch bezüglich bestehender Risiken - zur Kenntnis genommen und verstanden. Mir ist bewusst, dass sich bei einem positiven Testergebnis das Kind direkt in häusliche Isolation begeben muss.

Ich willige in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes ein. Die Datenverarbeitung erfolgt erstens zum Zweck der Durchführung eines Corona-Test: Im Falle eines positiven Testergebnisses werden die Daten gemäß den gesetzlichen Vorgaben an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben und zweitens zum Online-Abruf des Testergebnisses: Gemäß Art. 9 Abs 2 .lit. a DSGVO wird die SYMEDIC GmbH als Verantwortlicher und ihr technischer Dienstleister die Venture Leap GmbH als Auftragsverarbeiter im Sinne der DSGVO die folgenden personenbezogenen Daten Ihres Kindes verarbeiten, speichern und ausschließlich der Testperson per QR-Code zugänglich machen: Vor- und Nachname, E-Mail-Adresse, Testergebnis. Zweck dieser Verarbeitung ist die sichere & schnelle Übermittlung des Testergebnisses (negativ / positiv / kein Ergebnis). Ich bin mir bewusst, dass bei vorherigem Drogen- und/oder Alkoholkonsum das Testergebnis verfälscht wird.

Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte:r: _____