

Ich bin damit einverstanden, dass die Schule bei mir/meinem Kind einen PCR-Test mittels Gurgelverfahren zur Bestimmung einer COVID-19-Infektion durchführt und die dafür erforderlichen personenbezogenen Daten von mir/meinem Kind erhebt und an die Projektpartner von „Alles Gurgelt!“, das sind die LEAD Horizon GmbH und die Lifebrain COVID Labor GmbH (Labor), für die Abwicklung der Tests und Auswertung der Testproben übermittelt. Weiters bin ich damit einverstanden, dass das Labor die Ergebnisdaten an die LEAD Horizon GmbH weitergibt und die LEAD Horizon GmbH die Ergebnisdaten an die Schule zurückübermittelt. Dieses Einverständnis kann bis zum Zeitpunkt des Tests widerrufen werden (für nähere Informationen zum Datenschutz siehe Seite 2: Informationen nach Art. 13 DSGVO).

Ich willige ein, dass ich bzw. mein unter 14-jähriges Kind einen COVID-19 Antigen-Selbsttest (ohne Abstrich im hinteren Nasen- oder Rachenbereich) vornehme bzw. vornimmt. Details zum COVID-19 Antigen-Selbsttest finden Sie unter:  
[www.bmbwf.gv.at/selbsttest](http://www.bmbwf.gv.at/selbsttest)

Ein negatives Testergebnis wird im Corona-Testpass der Schülerin bzw. des Schülers vermerkt.

Für die medizinische Dokumentation und eine allfällig erforderliche Kontaktaufnahme im Falle eines positiven Testergebnisses gebe ich folgende Daten von mir/des Schülers an:

**Daten des Schülers**

Klasse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

SV-Nr.: \_\_\_\_\_

Nur auszufüllen von Schülern über 14 Jahren:

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Datum & Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Obsorgeberechtigter**

(Nur auszufüllen, wenn der Schüler unter 14 Jahren ist)

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Datum & Unterschrift: \_\_\_\_\_

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich, ..... (Vorname und Familienname), erreichbar unter  
..... (Telefonnummer) und ..... (E-Mailadresse),  
willige ein, dass ich bzw. mein unter 14-jähriges Kind, ..... (Vorname und  
Familienname)

- einen COVID-19 Antigen-Selbsttest (ohne Abstrich im hinteren Nasen- oder Rachenbereich)  
vornehme bzw. vornimmt
- einen COVID-19 PCR-Selbsttest (durch Spülen) vornehme bzw. vornimmt und die oben  
genannten Daten zum oben beschriebenen Zweck der Selbsttestung an Schulen verarbeitet  
werden.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Schülerin, des Schülers bzw. der gesetzlichen Vertreterin/des  
gesetzlichen Vertreters

Klasse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name (in Blockbuchstaben)

### Widerruf der Einwilligung:

Ein Widerruf dieser datenschutzrechtlichen Einwilligung sowie der Einwilligung zur Vornahme der Probenabnahme für den PCR-Test oder Antigen-Test ist jederzeit schriftlich (postalisch, per E-Mail, per Telefax) bei der Schule möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der davor erfolgten Maßnahmen und Datenverarbeitungen nicht berührt. Ab Zeitpunkt des Widerrufs werden an der Schule keine dem Widerruf unterliegenden Testungen mehr durchgeführt.

**Bitte geben Sie Ihrem Kind die unterschriebene Einwilligungserklärung in die Schule mit. Sie wird dort aufbewahrt.**