



# Corona-Testzentrum

## Neuwied

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem PoC-Antigen-Schnelltest zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion

**Schule:** Maximilian-Kolbe-Schule  
Vollständige Anschrift: Arienhellerstraße 43  
56598 Rheinbrohl

### Schüler/Schülerin

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Bei Minderjährigen Daten eines/einer Sorgeberechtigten:

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

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonisch erreichbar: \_\_\_\_\_

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem PoC-Antigen-Schnelltest zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion und zur damit verbundenen Datenweitergabe

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind an einem PoC-Antigen-Test zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion in der Schule teilnimmt. Mir ist bewusst, dass bei einem positiven Testergebnis mein Kind die Schule sofort verlassen und sich direkt in häusliche Isolation begeben muss. Außerdem, dass ich unverzüglich das Gesundheitsamt an meinem Wohnort über ein positives Testergebnis informieren muss. Ich willige ein in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Durchführung eines PoC-Antigen-Tests zum Ausschluss einer COVID-19 Erkrankung. Eine Weitergabe der personenbezogenen Daten an Dritte findet nicht statt. Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ab Zugang der Erklärung dürfen meine Daten bzw. die meines Kindes nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung werde ich an die Schule richten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der volljährigen Schüler/in bzw. Sorgeberechtigte/r

- Untersuchung und Behandlung von Covid-19 Infizierten oder Verdachtsfällen
- Notfall/Akutsprechstunde
- Kontaktnachverfolgung in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt
- Testung asymptomatischer Patienten
- Testung von Reiserückkehrern

Diagnostik:

- PCR
- Antigen- Schnelltest
- Antikörper-Schnelltest

Praxis

Marktstraße 18  
56564 Neuwied  
02631 - 7798050  
0176 - 43312682

Partnerlabor:

MVZ für Laboratoriumsmedizin  
und Mikrobiologie Koblenz-  
Mittelrhein  
Viktoriastraße 35-39  
56068 Koblenz

Telefon: 0261 30405-0

Fax: 0261 30405-944

info@labor-koblenz.de

Tel: 02631 - 7798950  
Fax: 02631 - 7798051  
Mobil: 0176 - 43312682  
Web: [www.corona-testzentrum-neuwied.de](http://www.corona-testzentrum-neuwied.de)

Mail: [info@orthoneuwied.de](mailto:info@orthoneuwied.de)

Sprechzeiten (nur nach tel. Vereinbarung)  
Mo - Fr 08:00 - 17:00  
Sa.: 08:00 - 12:00  
Notfälle nach telefonischer Vereinbarung