



إقرار بالموافقة على المشاركة في اختبارات الكشف عن فيروس كورونا وكذلك على معالجة البيانات الشخصية المرتبطة بالاختبارات التي ستجرى في مدرسة Marie-Luise-Kaschnitz-Gymnasium

لقد تلقيت رسالة بها معلومات حول اختبارات سريعة ستجرى في المدرسة للكشف عن مستضدات فيروس كورونا (SARS-CoV-2)، ورسالة أخرى بها معلومات حول حماية البيانات الشخصية، وقد قرأتها وفهمت مضمونها.

وأوافق بموجب هذا الإقرار على مشاركة ابني/ابنتي في الاختبارات السريعة التي ستجرى في المدرسة للكشف عن مستضدات فيروس كورونا، وأعلم أن هذا الاختبار سيجري فقط في الأيام التي سيحضر فيها ابني/ابنتي إلى المدرسة وفي الأوقات المتفق عليها مع الأطباء لإجراء الاختبارات، وأن هذه الاختبارات هي اختبارات سريعة للكشف عن مستضدات فيروس كورونا يجربها الأطباء ومساعدوهم عادةً بأخذ مسحة من البلعوم الأنفي، وقد تم إخباري بأن المشاركة في الاختبارات أمر اختياري ومن ثمّ يمكن التراجع عنها في أي وقت، كما أنه معلوم لدي أنه خلال هذا الاختبار سوف تُعالج البيانات الشخصية أدناه الخاصة بابني/ابنتي والخاصة بي شخصيًا وكذلك اسم المدرسة وتاريخ الاختبار (انظر المعلومات الخاصة بحماية البيانات)، وأعلم أنه يمكن التراجع عن هذه الموافقة في أي وقت دون إبداء أسباب ودون أن أتعرض لأي ضرر، وأنه لن يُمكن إجراء أي اختبار دون موافقتي على معالجة البيانات.

كما أعلم أنه إذا كانت نتيجة الاختبار إيجابية فسوف تقوم المدرسة بإبلاغي وإبلاغ مكتب الصحة على النحو الموضح، ويجب عليّ حينئذٍ إحضار طفلي من المدرسة وعزله في المنزل حتى تزد معلومات أخرى من مكتب الصحة.

أقر أنا/

اسمك الشخصي واسم العائلة: _____

بموافقتي على مشاركة ابني/ابنتي _____ (اسم الابن/الابنة واسم العائلة)

الصف: _____ في اختبارات فيروس كورونا التي ستجرى في المدرسة.

ويمكن إبلاغي على رقم الهاتف التالي إذا كانت نتيجة الاختبار إيجابية:

رقم الهاتف: _____

التاريخ

توقيع ولي/ولية الأمر*

توقيع التلميذ/التلميذة
(بداية من الصف 9)

*) Ich bestätige hiermit, dass ich von dem anderen Erziehungsberechtigten bevollmächtigt bin, die Einwilligungserklärung auch in seinem/i ihrem Namen zu unterschreiben.

قر بموجبه أنني مفوض من ولي الأمر الآخر بالتوقيع أيضًا باسمه/ها على إقرار الموافقة.



Einverständniserklärung zur Teilnahme an den Coronatests und der damit verbundenen Verarbeitung personenbezogener Daten an Marie-Luise-Kaschnitz-Gymnasium

Die schriftliche Information zu den PoC-Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 (Corona) an der Schule und die Information zum Datenschutz habe ich erhalten und gelesen. Den Inhalt der beiden Schreiben habe ich verstanden.

Ich erkläre mich hiermit damit einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter an den Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 (Coronavirus) in der Schule teilnimmt. Mir ist bekannt, dass dieses Angebot nur an den Präsenztage meines Kindes und innerhalb der für die Testungen mit den Ärzten vereinbarten Zeiträume in der Schule besteht. Die Tests sind Antigen-Schnelltests und werden von Ärztinnen und Ärzten und/oder deren Personal in der Regel über einen Nasen-Rachen-Abstrich durchgeführt. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an den Tests freiwillig ist und daher auch jederzeit abgebrochen werden kann. Mir ist bekannt, dass bei dieser Testung die untenstehenden personenbezogenen Daten über mein Kind und mich, darüber hinaus der Name der Schule und das Datum der Testung verarbeitet werden (siehe Information zum Datenschutz). Ich weiß, dass diese Zustimmung ohne Angabe von Gründen ohne Nachteile jederzeit widerrufen werden kann. Eine Testung ohne das Einverständnis zur Datenverarbeitung ist jedoch nicht möglich.

Mir ist ebenfalls bekannt, dass bei positivem Testergebnis die Schule mich und das Gesundheitsamt wie beschrieben informiert. Mein Kind muss dann von der Schule abgeholt werden. Mein Kind sollte sich, bis andere Informationen vom Gesundheitsamt vorliegen, in häusliche Isolation begeben.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden,

Ihr Vor- und Nachname: _____

dass mein Kind _____ (Vor- und Nachname des Kindes)

Klasse: _____ an den Schultestungen auf das Coronavirus teilnimmt.

Um mich im Falle eines positiven Testergebnisses zu informieren bin ich unter folgender Telefonnummer erreichbar:

Telefonnummer: _____

Datum

Unterschrift der/des
Erziehungsberechtigten*

Unterschrift der Schülerin/des
Schülers
(ab Klassenstufe 9)

*) Ich bestätige hiermit, dass ich von dem anderen Erziehungsberechtigten bevollmächtigt bin, die Einwilligungserklärung auch in seinem/ihrer Namen zu unterschreiben.