

Information zum kostenfreien und freiwilligen Angebot eines Antigen Schnelltestes (POC) und Einverständniserklärung des sorgeberechtigten Elternteils bzw. der sorgeberechtigten Eltern

Im Auftrag des Kreisausschusses des Main-Taunus-Kreises und in Absprache mit der Schulleitung wurde das Unternehmen InVitaGo GmbH beauftragt, unter Einverständnis der Eltern, freiwillig und kostenfrei Schülerinnen und Schüler auf die Infizierung mit dem Sars-CoV2-Virus mittels POC-Antigen Schnelltests zu testen. Das Staatliche Schulamt in Rüsselsheim und das Gesundheitsamt des Kreises sind in das Verfahren eingebunden.

Damit Ihr Kind getestet werden kann, ist sowohl das Einverständnis der Testung durch Mitarbeiter*innen der InVitaGO GmbH als solches, als auch die Weitergabe von Daten der Schülerin / des Schülers (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse) an die InVitaGO GmbH und mit der Datenschutzerklärung der InVitaGO GmbH erforderlich. Wir bitten Sie daher, folgende Erklärung im Original ausgefüllt und unterzeichnet (durch beide Erziehungsberechtigten außer bei alleiniger Sorgeberechtigung) zur Testung der Schule elektronisch an

poststelle@astrid-lindgren.hochheim.schulverwaltung.hessen.de zu senden.

- Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass [Name, Vorname des Kindes] von Mitarbeitern der InVitaGO GmbH mittels Abstriches und POC-Antigentest auf eine mögliche Infektion mit dem Sars-CoV2-Virus getestet wird. Mir / uns ist bekannt, dass bei einer Positivtestung bei meinem / unserem Kind der gesetzlich vorgeschriebene PCR-Abstrich abgenommen und ein PCR-Test durchgeführt wird. Auch damit bin ich / sind wir einverstanden.
- Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die Astrid-Lindgren-Schule der InVitaGo GmbH Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift unseres Kindes übermittelt.
- Ich habe / wir haben die Datenschutzerklärung der InVitaGo GmbH unter www.invitago.eu/datenschutz zur Kenntnis genommen und akzeptieren diese. Darüberhinausgehend bin ich / sind wir ebenfalls damit einverstanden, dass die InVitaGo GmbH im Falle einer positiven Testung die Schulleitung sofort unterrichtet.

- Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die InVitaGo GmbH Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift unseres Kindes zu Abrechnungszwecken an die Rechnungsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) übermittelt.

Name des / der Sorgeberechtigten

Name, Vorname

Name, Vorname

Daten des Kindes

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Kindes

Telefonnummer (freiwillig, erleichtert dem Gesundheitsamt im Bedarfsfall die schnelle Kontaktaufnahme)

Ort und Datum

Unterschrift(en)

Ich möchte mein Kind gerne bei der ersten Testung begleiten und werde zum angegebenen Termin mit FFP2-Maske in die Schule kommen:

Ja

Nein