



BD - Präsidialbereich

**HR Mag. Dr. Eva Hofbauer, MBA**  
Präsidialleitung

[office@bildung-sbg.gv.at](mailto:office@bildung-sbg.gv.at)  
+43 662 8083-1052  
Mozartplatz 8 - 10, 5010 Salzburg

Antwortschreiben bitte unter Anführung der  
Geschäftszahl.

An die  
Eltern / Erziehungsberechtigten der  
teilnehmenden Schüler und Schülerinnen

Geschäftszahl: 580014/0289-PA-Stab/2020

## **Einverständniserklärung für die Durchführung eines Antigen-Schnelltests zur COVID-19-Verdachtsfallabklärung an der Schule**

Voraussetzung für die Durchführung eines Antigen-Schnelltests ist die Einwilligung der zu testenden Person bzw. der/des Erziehungsberechtigten bei Schulkindern jünger als 14 Jahre zu diesem Test sowie zur Verarbeitung der Daten im Zusammenhang mit dem Antigen-Schnelltest und seiner Befundung.

Weitere Informationen über die Durchführung des Tests sind in einem Informationsschreiben enthalten, das dieser Erklärung beigelegt ist. Dieses Informationsschreiben samt Anlage bildet die Grundlage für die Einverständniserklärung. Ein Widerruf dieser Einverständniserklärung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft möglich (postalisch, per E-Mail oder Fax an die Schule unter Beifügung einer Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises).

Vor- und Zuname der zu testenden Person:

Wohnadresse:

Telefonnummer/E-Mail-Adresse  
(der/des Erziehungsberechtigten) für die Befundauskunft:

Ich

willige ein,

willige nicht ein,

dass im Verdachtsfall auf eine COVID-19-Erkrankung bei mir oder meinem unter 14-jährigen Kind ein Nasen-Rachen-Abstrich (über den Rachen oder die Nase) von geschultem Fachpersonal durchgeführt wird.

Ich möchte eine vorherige Kontaktaufnahme durch die Schule und gebe dann meine Entscheidung bekannt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu testenden Person ab 14 Jahre bzw. der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

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