



Einwilligungserklärung für volljährige Schülerinnen und Schüler, Auszubildende und Maßnahmeteilnehmende

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Antigen-Selbsttests bzgl. einer COVID-19-Infektion

Schule: Landesbildungszentrum für Blinde, Bleekstraße 22, 30559 Hannover

Angaben zur Person

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____

tel. Erreichbarkeit: _____

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Antigen-Selbsttests

Hiermit willige ich ein, dass ich an Antigen-Selbsttests teilnehme und diese zweimal wöchentlich vor Unterrichts- bzw. Ausbildungsbeginn zu Hause durchführen werde. Das negative Testergebnis bestätige ich jeweils durch meine Unterschrift.

Internatsbewohnerinnen und -bewohner: Ich willige ein, dass die Antigen-Selbsttests unter der Woche durch das Personal des LBZB unterstützend durchgeführt werden.

Tagespendlerinnen und -pendler: Ich willige ein, dass die Antigen-Selbsttest im Ausnahmefall mit Unterstützung durch das Personal im LBZB durchgeführt werden.

Mir ist bewusst, dass ich bei einem positiven Selbsttestergebnis nicht zur Schule/Ausbildung kommen darf und in häuslicher Isolation bleiben muss. Wird in der Schule/Ausbildung oder im Internat ein positives Testergebnis festgestellt, muss ich umgehend meine Heimreise antreten.

Ich nehme Kontakt zu meinem Arzt oder meiner Ärztin bzw. einem Testzentrum auf und lasse einen PCR-Test zur Verdachtsabklärung vornehmen.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Meine Widerrufserklärung werde ich an die Schule richten.

Bei Nicht-Erteilung der Einwilligung nehme ich zur Kenntnis, dass ich ausschließlich per Distanzunterricht beschult werde und kein weiteres Angebot im LBZB nutzen darf (Wohnen/Ausbildung).

Ort, Datum, Unterschrift