

## Einverständniserklärung für Rachenabstrich auf COVID-19 bei Ihrem Kind

Sehr geehrte Eltern,

im engeren Umfeld Ihres Kindes ist ein Fall des neuartigen COVID-19 Falles bekannt geworden. Um eine weitere Verbreitung frühzeitig zu erkennen und Infektionsketten zu durchbrechen, ist es aus unserer Sicht sinnvoll, Ihr Kind auf das Virus zu testen. Bei der Testung wird durch medizinisches Personal ein Abstrich aus dem Rachen mittels Tupfer entnommen. Sollte sich im Laufe der Untersuchung herausstellen, dass weitere Rachenabstriche (Reihentestung) sinnvoll erscheinen, bitten wir Sie, in diese ebenfalls durch Ihre Unterschrift einzuwilligen. Der genaue Ablauf der Testung wird durch die Schule unmittelbar vor der Testung bekanntgegeben.

Deshalb bieten wir an, am \_\_\_\_\_ den Abstrich durchzuführen.

Wenn Sie mit der oben beschriebenen Untersuchung einverstanden sind, können Sie dieses mit Ihrer Unterschrift (s.u.) ermöglichen.

**Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung**  
**Tel. 0541 501 1111**  
**corona-schulen@Lkos.de**

---

- Bitte hier abtrennen und in der Schule abgeben. -

Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten des Kindes:

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Name, Vorname                 |  |
| Geburtsdatum                  |  |
| Straße, Hausnummer<br>Wohnort |  |
| Telefonnummer                 |  |

- Ich bin einverstanden, dass bei meinem Kind ein/mehrere Rachenabstrich/e auf COVID-19 genommen wird.
- Ich bin nicht einverstanden, dass bei meinem Kind ein Rachenabstrich abgenommen wird.

---

Datum

Unterschrift eines Elternteils / Sorgeberechtigten