

**Einverständniserklärung zum repetitiven Testen an Schulen**

(Minderjährige)

Bitte gut leserlich ausfüllen!

Angaben Kind
Schule Klasse
Vorname
Name
Geburtsdatum
Nummer der Krankenversicherungskarte* 80756 _ _ _ _ _

Angaben Erziehungsberechtigte/r
Vorname/n
Name/n
Adresse, PLZ, Ort
Mobile-Nummer
E-Mailadresse

Der Kanton Luzern arbeitet für die Tests mit der Plattform «together we test» der Hirslanden AG zusammen. Dabei werden auf der Plattform höchstens die Schule sowie Name und Vorname der/des Lernenden oder der Lehrperson gespeichert. Es werden keine persönlichen Gesundheitsdaten erfasst.

\*Die Nummer der Krankenversicherungskarte wird nur für die Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse für den Einzeltest bei einem positiven Pool-Resultat benötigt.

**Ja, ich bin einverstanden**, dass mein Kind im Rahmen der Schultestungen an unserer Schule auf das Coronavirus getestet werden darf. Ich erlaube das **Übertragen der Nummer der Krankenversicherungskarte** im Fall eines positiven Poolresultats mit einem Einzel-PCRSpeicheltest.

=> **Bitte beachten Sie:**

Aktuell sind die Vorgaben der Dienststelle Gesundheit für die Wartezeiten an der Teilnahme der Reihentests wie folgt:

- Genesene Person: darf erst nach 3 Monaten teilnehmen (Empfehlung: nach 6 Monaten)
- Vollständig immunisierte Person (2 Impfungen oder genesen plus 1 Impfung): sofort nach letzter Impfung
- Boosterimpfung (immunisiert plus 1 Impfung): nach 2 Wochen

**Ja, ich bin einverstanden**. Mein Kind **nimmt** an den Schultestungen **jedoch vorläufig nicht teil**, weil ein positives Testergebnis vom ..... (Datum) vorliegt.

**Nein, ich bin nicht einverstanden**, dass mein Kind im Rahmen der Schultestungen an unserer Schule auf das Coronavirus getestet werden darf.

Ort, Datum:

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

---

---