

|   |       |
|---|-------|
| [Schulstempel]  |       |
| <b>Einverständniserklärung zur Selbstanwendung von<br/>SARS-CoV-2-Antigen-Selbsttests<br/>bei Schülerinnen und Schülern</b>   |       |
| Name der Schülerin oder des Schülers:   |       |
| Klasse:   |       |
| <p>Ich habe die Produkt- und Anwendungsinformationen zu den aktuell in den Schulen des Landes Sachsen-Anhalt angebotenen SARS-CoV-2-Antigen-Selbsttests zur Kenntnis genommen. Diese sind im Internet unter <a href="https://www.roche.de/patientenbetroffene/informationen-zu-krankheiten/covid-19/sars-cov-2-rapid-antigen-test-patientenn/">https://www.roche.de/patientenbetroffene/informationen-zu-krankheiten/covid-19/sars-cov-2-rapid-antigen-test-patientenn/</a> abrufbar.</p> <p>Die oben genannte Schülerin/der oben genannte Schüler darf an den in der Schule angebotenen SARS-CoV-2-Antigen-Selbsttests teilnehmen.</p> |       |
| Ja: [   | Nein: |
| Zutreffendes bitte ankreuzen.   |       |
| Ort und Datum:  |       |
| Unterschrift einer/eines Erziehungsberechtigten:  |       |