



Einverständniserklärung zum repetitiven Testen an Schulen

(Volljährige)

Bitte gut leserlich ausfüllen!

Angaben zur Person
Schule/Klasse
Vorname
Name
Adresse
E-Mailadresse
Mobile-Nummer
Geburtsdatum
Nummer der Krankenversicherungskarte*
80756 _ _ _ _ _

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 ich im Rahmen der Schultestungen auf das Coronavirus getestet werden darf. Ich erlaube das **Übertragen der Nummer der Krankenversicherungskarte** im Fall eines positiven Poolresultats für einen Einzel-PCR-Speicheltest.

=> **Bitte beachten Sie:**

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

- Genesene Person: kann 6 Wochen nach einem positiven Test wieder am repetitiven Testen teilnehmen
- Nach einer Impfung ist eine Teilnahme ohne Wartefrist weiterhin empfohlen

Ja, ich bin einverstanden. Ich **nehme** an der Schultestung **jedoch vorläufig nicht teil**, weil ein positives Testergebnis vom (Datum) vorliegt.

Nein, ich bin nicht einverstanden, dass ich im Rahmen der Schultestungen auf das Coronavirus getestet werde.

Ort, Datum:

Unterschrift
