

Einverständniserklärung für die selbständige Durchführung eines COVID-19- Schnelltests an der Schule

コロナ抗原自己検査の保護者同意書

Die selbständige Durchführung eines COVID-19-Schnelltests setzt die Zustimmung der sich testenden Person bzw. – bei Schulkindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr – der/des Erziehungsberechtigten voraus. Diese Einwilligung gilt für den Test und die Verarbeitung der Daten im Zusammenhang damit.

コロナ抗原自己検査を受けるにあたり、保護者の同意が必要です。この同意書は検査とそれに関わるデータにつき適用されます。

Weitere Informationen über die Durchführung des Tests sind dieser Erklärung beigefügt. Ein Widerruf dieser Einverständniserklärung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft möglich (postalisch, per E-Mail oder Fax an die Schule). Durch den Widerruf der Einverständniserklärung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung erfolgten Maßnahmen und Datenverarbeitung nicht berührt. Ein Widerruf betrifft nicht die Vornahme von Testungen durch die Gesundheitsbehörde.

同意は、郵送、Eメール、ファックスを学校に送信することによりいつでも取り消すことができますが、既に行われた検査結果とデータ処理に関しては適用されません。保健所による検査実施に対しての取り消しにも適用されません。

Vor- und Zuname der sich testenden Person: 検査受診者の名前、姓

Wohnadresse: 住所

Telefonnummer/E-Mail-Adresse (der/des Erziehungsberechtigten):

保護者の電話番号、またはメールアドレス

dass mein unter 14-jähriges Kind bei sich selbst einen minimal-invasiven COVID-19-Test (d.h. ohne Abstrich im hinteren Nasen- oder Rachenbereich) vornimmt.

子供がコロナ抗原自己検査を受診することに対し

- Ich
- willige ein, 同意します
 - willige nicht ein, 同意しません

W i e n , _____

Ort

Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

場所

日付

保護者のサイン

Name (in Blockbuchstaben) 保護者の名前 (ブロック体)

Bitte geben Sie Ihrem Kind die unterschriebene Einverständniserklärung in die Schule mit. Sie wird dort aufbewahrt. サインをした保護者同意書は生徒が学校に提出して下さい。学校にて保管します。