



Gemeinde Hallerndorf | Von-Seckendorf-Str. 10 | 91352 Hallerndorf

## Einverständniserklärung zur Durchführung eines Antigen-Schnelltests zum Nachweis SARS-CoV-2

Hiermit erkläre(n) ich/wir mich/uns einverstanden, dass

- bei mir, .....  
(Name der Testperson in Druckbuchstaben)
  
- meinem/unserem Kind, .....  
(Name des Kindes in Druckbuchstaben)

Eine Abstrichprobe aus der Nase zur Durchführung eines von mir/uns gewünschten Antigen-Schnelltests zum Nachweis von SARS-CoV-2 entnommen werden darf.

Die Entnahme und Ausführung erfolgt durch ermächtigtes und geschultes Personal der Gemeinde Hallerndorf.

Bei einem positiven Testergebnis erfolgt durch das Personal der Abstrichstelle die unmittelbare Meldung an das zuständige Gesundheitsamt.

Zudem sind Sie bei einem positiven Test dazu aufgefordert, sich umgehend in häusliche Quarantäne zu begeben sowie die weiteren Anweisungen des Gesundheitsamtes zu befolgen. Zur Verifizierung des Schnelltest-Ergebnisses muss schnellstmöglich auch ein PCR-Test erfolgen.

Ich bin mit der Erhebung und Weitergabe meiner/unserer persönlichen Daten zu diesem Zweck einverstanden.

Ein Datenschutzzinformativblatt wurde mir ausgehändigt.

Datum: .....

Name Erziehungsberechtigte/r: .....  
(Druckbuchstaben)

Unterschrift(en): .....  
Testperson/Erziehungsberechtigte/r

**Kontakt:**  
Tel. 09545 4439-0  
Fax. 09545 4439-199  
gemeinde@hallerndorf.de  
www.hallerndorf.de

**Öffnungszeiten des Rathauses:**  
Montag bis Freitag: 8.00 – 12.00 Uhr  
Donnerstag zusätzlich: 13.30 – 18.00 Uhr  
sowie nach vorheriger Vereinbarung

**Bankverbindungen:**  
Sparkasse Forchheim  
IBAN DE94 7635 1040 0000 1104 03  
VR Bank Bamberg-Forchheim  
IBAN DE03 7639 1000 0000 2100 13

