



Kanton Zürich  
Bildungsdirektion



## Einverständniserklärung zum Covid19-Reihentest

Für Jugendliche und junge Erwachsene der Sekundarstufe II

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Schule/Klasse	
Strasse	
PLZ	
Ort	
<b>Handy-Nummer</b>	
<b>E-Mail-Adresse</b>	
<b>Krankenkasse und Krankenkassennummer</b> (nötig für Einzeltestung bei positivem Pool, es entstehen keine Kosten)	

Die Personen- und Krankenkassendaten werden auf der Plattform von [«Together we Test»](#) hinterlegt, damit Sie bei einem positiven Poolresultat sofort benachrichtigt werden und eine kostenlose Nachttestung an der Schule machen können.

Bitte Zutreffendes ankreuzen und ergänzen:

<input type="radio"/>	<b>Ja, ich nehme an den Corona-Reihentestungen teil und bin bereit, bei einem positiven Poolresultat auch an der Nachttestung teilzunehmen.</b> Mir stehen dadurch gewisse Quarantäneerleichterungen für den Schulbesuch zu.
<input type="radio"/>	<b>Ja, ich nehme <u>später</u> an den Corona-Reihentestungen teil und bin bereit, bei einem positiven Poolresultat auch an der Nachttestung teilzunehmen.</b> Weil ich in den letzten sechs Monaten nachweislich an Covid-19 erkrankt bin, werde ich erst ab folgendem Datum teilnehmen:  <b>Positives Testdatum: _____ + 6 Monate=Teilnahmebeginn: _____</b>
<input type="radio"/>	<b>Ich verzichte auf eine Teilnahme am Corona-Reihentest, weil ich bereits einen vollständigen Impfschutz habe.</b>



<input type="radio"/>	<p><b>Ich verzichte auf eine Teilnahme am Corona-Reihentest, hinterlege jedoch meine Krankenkassendaten, um bei einem positiven Poolresultat in der Klasse an der Nachttestung teilnehmen zu können.</b></p> <p>Ich nehme zur Kenntnis, dass basierend auf den Nachttests und abhängig davon, ob die Schutzmassnahmen eingehalten wurden, das Contact Tracing über das weitere Vorgehen entscheidet. Mit der Teilnahme am Nachttest profitiere ich je nach Ausgangslage von Quarantäneerleichterungen für den Schulbesuch.</p>
<input type="radio"/>	<p><b>Ich verzichte auf eine Teilnahme am Corona-Reihentest und werde auch nicht an allfälligen Nachttestungen teilnehmen.</b></p> <p>Ich nehme zur Kenntnis, dass im Falle einer durch das Contact Tracing angeordneten Quarantäne die schulische Quarantänebefreiung nur für Personen gilt, welche an den COVID-Reihentests teilnehmen.</p>

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die oben genannten Angaben korrekt sind. Herzlichen Dank an alle Testwilligen für die Bereitschaft, einen Beitrag zur Eindämmung der Pandemie zu leisten.

<p><b>Datum &amp; Unterschrift</b> Test-Teilnehmer/-in</p>	
--	--

<p><b>Datum &amp; Unterschrift</b> Erziehungsberechtigte bei unter 16jährigen</p>	
---	--