

**Verpflichtende Antigen-Selbsttestung zu Hause – Bestätigung durch die Erziehungsberechtigten**



Name, Vorname Schüler/in: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Testung am:           Wochentag: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Durchführung des verpflichtenden Antigen-Selbsttests und das **negative Testergebnis** am heutigen Morgen vor Schulbesuch!

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

**ACHTUNG:** Bei einem **positiven Testergebnis** darf die Schule nicht besucht werden. Die Schule muss umgehend benachrichtigt werden, von dort wird dann auch das zuständige Gesundheitsamt informiert. Zur Überprüfung des Ergebnisses muss Kontakt zu einem Arzt oder einem Testzentrum aufgenommen werden. Bis zur endgültigen Klärung durch einen PCR-Test darf die Wohnung nicht verlassen werden (Ausnahme: Besuch des Arztes bzw. Testzentrums) und auch kein Besuch von Personen aus anderen Haushalten empfangen werden.

**Verpflichtende Antigen-Selbsttestung zu Hause – Bestätigung durch die Erziehungsberechtigten**



Name, Vorname Schüler/in: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Testung am:           Wochentag: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Durchführung des verpflichtenden Antigen-Selbsttests und das **negative Testergebnis** am heutigen Morgen vor Schulbesuch!

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

**ACHTUNG:** Bei einem **positiven Testergebnis** darf die Schule nicht besucht werden. Die Schule muss umgehend benachrichtigt werden, von dort wird dann auch das zuständige Gesundheitsamt informiert. Zur Überprüfung des Ergebnisses muss Kontakt zu einem Arzt oder einem Testzentrum aufgenommen werden. Bis zur endgültigen Klärung durch einen PCR-Test darf die Wohnung nicht verlassen werden (Ausnahme: Besuch des Arztes bzw. Testzentrums) und auch kein Besuch von Personen aus anderen Haushalten empfangen werden.