

# Entbindung von der Schweigepflicht

## - für Personal an Schulen, volljährige Schüler\*innen und Sorgeberechtigte von Schüler\*innen -

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,

(bei **Sorgeberechtigten**: bitte Name, Vorname und Geburtsdatum **aller** Sorgeberechtigten eintragen)

Name, Vorname \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,

Telefon-Nummer (privat): \_\_\_\_\_,

Mail-Adresse (privat): \_\_\_\_\_,

dass ich das Gesundheitsamt der Stadt Köln im Rahmen der durchgeführten SARS-CoV-2-Testungen von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinde. Ich willige daher ein, dass die Ergebnisse meines Abstriches bzw. des Abstriches meines Kindes auch der Schule, an der ich tätig bin bzw. der Schule meines Kindes

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

mitgeteilt werden darf, um entsprechende Dispositionen treffen zu können.

(Das Einverständnis kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.)

**JA**       **NEIN**

Name der Schule: \_\_\_\_\_

Kontaktperson in der Schule: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer der Kontaktperson in der Schule: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse der Kontaktperson in der Schule: \_\_\_\_\_

### **Im Falle der Ablehnung:**

Die Ergebnisse meines Abstriches dürfen AUSSCHLIESSLICH mir persönlich mitgeteilt werden!

Eine Kopie dieser Erklärung sowie ein Informationsschreiben zum Datenschutz wurden mir ausgehändigt.

Köln, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

(bei **Sorgeberechtigten**: bitte Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten)