



Bildungs- und Kulturdepartement

Bahnhofstrasse 18
6002 Luzern
www.bkd.lu.ch

Einverständniserklärung zum repetitiven Testen an Schulen

Angaben Kind
Schule Klasse
Vorname
Name
Geburtsdatum
Krankenkasse: Nr. Krankenversicherungskarte der Krankenkasse* 80756 - - - - -

Angaben Erziehungsberechtigte
Vorname/n
Name/n
Adresse, PLZ, Ort
Handynummer
E-Mail-Adresse

Der Kanton Luzern arbeitet für die Tests mit der Plattform «together we test» der Hirslanden AG zusammen. Dabei werden auf der Plattform höchstens die Schule sowie der Name und Vorname der Lernenden gespeichert. Es werden keine persönlichen Gesundheitsdaten erfasst.

Ja, ich bin einverstanden, dass mein Kind im Rahmen der Schultestungen auf das Coronavirus getestet werden darf. Ich erlaube das **Übertragen der Krankenversicherungskartenummer** im Fall eines positiven Poolresultats mit einem Einzel-PCR-Speicheltest.

Nein, ich bin nicht einverstanden, dass mein Kind im Rahmen der Schultestungen auf das Coronavirus getestet werden darf.

Mein Kind nimmt an der Testung **noch nicht** teil, weil ein positives Testergebnis vom (Datum) vorliegt. Anschliessend nimmt mein Kind an der Testung teil.

Ort, Datum:

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

* Die Nummer der Krankenversicherungskarte wird nur für die Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse für den Einzeltest bei einem positiven Pool-Resultat benötigt.