



Mainz, 7.04.2021

**Liebe Eltern,**

ab nächster Woche besteht die Möglichkeit, die Kinder unserer Schule, vom Personal der Römer Apotheke testen zu lassen. Die Teilnahme ist für die Kinder kostenfrei und freiwillig. Der Abstrich wird im vorderen Nasenbereich entnommen.

Die Testung der Römer Apotheke wird ab kommender Woche jeweils montags und donnerstags für Kinder, die in Präsenz in der Schule sind, angeboten.

Die Kinder benötigen **für jede anstehende Testung** die unten angehängte **Einverständniserklärung und den ausgefüllten Selbstauskunftsbogen** der Römer Apotheke, den Sie ebenfalls im Anhang finden. Bitte beachten Sie, dass beide Bögen für jeden anstehenden Test neu ausgefüllt und mitgebracht werden müssen, da sonst keine Testung vorgenommen werden darf .

Dieses Angebot besteht zusätzlich zu den vom Land angekündigten Selbsttests. Die Einwilligung in diesem Schreiben gilt somit nur für die Testung der Römer Apotheke, die für Ihr Kind dann einmal pro Woche stattfinden kann.

*Bitte beachten Sie außerdem: Ein Antigen-Schnelltest kann eine Infektion nicht vollständig ausschließen, da es sich hierbei lediglich um eine Momentaufnahme handelt. Daher gilt auch bei einem negativen Ergebnis: unbedingt alle gültigen Infektionsschutzmaßnahmen, Kontaktbeschränkungen und Verordnungen einhalten!  
Eine abschließende Diagnose kann nur ein PCR-Test liefern.*

Sollten Sie sich dazu entscheiden, die Testung der Römer Apotheke in der Schule in Anspruch zu nehmen, möchten wir Sie bitten, die Klassenlehrkraft bis Freitag (12 Uhr ) per Mail darüber zu informieren, so dass ab Montag ausreichende Testkapazitäten zur Verfügung stehen.

Die ausgefüllten Formulare bringen die Kinder dann am Tag der Testung mit zur Schule. Uns ist bewusst, dass das Versenden des Elternbriefes und des Formulars per Mail einige Nachteile mit sich bringt, müssen diesen Weg aber aufgrund des Zeitmangels wählen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

*Herzliche Grüße  
N. Scheufling, T. Pastor*

**Einwilligung zur Vornahme des Coronavirus  
SARS-CoV-2 Antigen-Schnelltest bei Minderjährigen**

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass sich

meine / unser Kind: \_\_\_\_\_  
Vorname, Name

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

vom Personal der Römer Apotheke mit einem Corona-Schnelltest auf eine mögliche Infektion mit dem Erreger Sars-Covid-19 testen lässt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r