



**Bildungs- und Kulturdepartement**

Bahnhofstrasse 18  
6002 Luzern  
www.bkd.lu.ch

**Einverständniserklärung zum repetitiven Testen an Schulen**

Angaben zur Person
Schule Klasse
Vorname
Name
Geburtsdatum
Handynummer
Nr. Krankenversicherungskarte der Krankenkasse*
80756 _ _ _ _ _

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 oder Lehrperson gespeichert. Es werden keine persönlichen Gesundheitsdaten erfasst.

**Ja, ich bin einverstanden**, dass ich im Rahmen der Schultestungen auf das Coronavirus getestet werden darf. Ich erlaube das **Übertragen der Krankenversicherungskartennummer** im Fall eines positiven Poolresultats für einen Einzel-PCR-Speicheltest.

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

Ich nehme an der Testung **noch nicht** teil, weil ein positives Testergebnis vom ..... (Datum) vorliegt. Anschliessend nehme ich an der Testung teil.

Ort, Datum:

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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