

Einverständniserklärung

Breites Testen Baselland in Organisationen

Ich erkläre mich einverstanden, dass ich an einem wiederholten Screening auf Covid-19 teilnehme. Die Teilnahme ist freiwillig, ich kann jederzeit die Teilnahme widerrufen. Ich bin damit einverstanden, dass die Speichelproben an das beteiligte analytische Labor zur Analyse auf Covid-19 gesendet werden. Die Proben werden nur zum Zweck der COVID-19- Diagnostik untersucht und werden danach vernichtet. Ausser der Zuordnung zu einem Pool werden keine persönlichen Daten von mir erhoben. Die Proben werden gepoolt und das Ergebnis wird der Institution mitgeteilt. Die Ergebnisse der Proben werden in anonymisierter Form statistisch ausgewertet.

Im Falle eines positiven Pool-Resultates bin ich mit einem nachfolgenden individuellen diagnostischen PCR-Test einverstanden, dieser ist obligatorisch. Dieser Test erfolgt in der kantonalen Abklärungs- und Teststation Feldreben oder in einer der Aussenstationen in Sissach oder Laufen. Es erfolgt auch hier ein Saliva Speichel-Test (kein Nasen-Rachen-Abstrich), wenn die Präanalytik mit einer Stunde vorher nicht essen, nicht trinken, nicht rauchen, nicht Zähne putzen und nicht Kaugummi kauen eingehalten wird. Antigen-Schnelltests sind als nachfolgender Test nicht zugelassen.

Fällt der zweite, diagnostische PCR Test positiv aus, wird das Resultat dem Bundesamt für Gesundheit und dem kantonsärztlichen Dienst gemeldet, zusätzlich muss ich in Isolation.

Das für die Bearbeitung von Personendaten verantwortliche öffentliche Organ ist das Amt für Gesundheit des Kantons Basel-Landschaft, Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal.

☐

Ich bin mit der Teilnahme einverstanden.

☐

Ich hatte in den vergangenen 6 Monaten, ab Datum¹
einen COVID-19 Infekt. Die Teilnahme ist innerhalb der 6 Monate nach diesem Datum nicht empfohlen.

☐

Ich hatte in den vergangenen 6 Monaten, am Datum²
die 2. Dosis der COVID-19 Impfung. Die Teilnahme ist innerhalb der 6 Monate (+15 Tage) nach diesem Datum nicht empfohlen.

Organisation

Vorname/Name

Ort/Datum:

Unterschrift:

¹ Zeitpunkt der Diagnosestellung bei symptomatischem Verlauf

² Zeitpunkt der 2. Impfdosis (die vollständigen Impfung ist nach Tag 15 der 2. Dosis)

Einverständniserklärung

Breites Testen Baselland in Organisationen

Als Eltern/Erziehungsberechtigte erklären wir uns einverstanden, dass unser Sohn/Tochter an einem wiederholten Screening auf Covid-19 teilnimmt. Die Teilnahme ist freiwillig, wir können jederzeit die Teilnahme unseres Sohnes/unserer Tochter widerrufen. Wir sind damit einverstanden, dass die Speichelproben an das beteiligte analytische Labor zur Analyse auf Covid-19 gesendet werden. Die Proben werden nur zum Zweck der COVID-19- Diagnostik untersucht und werden danach vernichtet. Ausser der Zuordnung zu einem Pool werden keine persönlichen Daten unseres Sohnes/unserer Tochter erhoben. Die Proben werden gepoolt und das Ergebnis wird der Institution mitgeteilt. Die Ergebnisse der Proben werden in anonymisierter Form statistisch ausgewertet.

Im Falle eines positiven Pool-Resultates sind wir mit einem nachfolgenden individuellen diagnostischen PCR-Test einverstanden, dieser ist obligatorisch. Dieser Test erfolgt in der kantonalen Abklärungs- und Teststation Feldreben oder in einer Aussenstationen in Sissach oder Laufen. Es erfolgt ein Saliva Speichel-Test (kein Nasen-Rachen-Abstrich), wenn die Präanalytik mit einer Stunde vorher nicht essen, nicht trinken, nicht rauchen, nicht Zähne putzen und nicht Kaugummi kauen eingehalten wird. Antigen-Schnelltests sind als nachfolgender Test nicht zugelassen.

Fällt der zweite, diagnostische PCR-Test positiv aus, wird das Resultat dem Bundesamt für Gesundheit und dem kantonsärztlichen Dienst Basel-Landschaft gemeldet, zusätzlich muss unser Sohn/unsere Tochter in Isolation.

Das für die Bearbeitung von Personendaten verantwortliche öffentliche Organ ist das Amt für Gesundheit des Kantons Basel-Landschaft, Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal.

- ☐ Ich bin mit der Teilnahme meines Sohnes/meiner Tochter einverstanden.
- ☐ Sohn/Tochter hatte in den vergangenen 6 Monaten, ab Datum³ einen COVID-19 Infekt. Die Teilnahme ist innerhalb der 6 Monate nach diesem Datum nicht empfohlen.
- ☐ Sohn/Tochter hatte in den vergangenen 6 Monaten, am Datum⁴ die 2. Dosis der COVID-19 Impfung. Die Teilnahme ist innerhalb der 6 Monate (+15 Tage) nach diesem Datum nicht empfohlen.

Organisation

Vorname/Name Kind

Vorname/Name Erziehungsberechtigte(r)

Ort/Datum:

Unterschrift:

³ Zeitpunkt der Diagnosestellung bei symptomatischem Verlauf

⁴ Zeitpunkt der 2. Impfdosis (die vollständigen Impfung ist nach Tag 15 der 2. Dosis)