



**Bildungs- und Kulturdepartement**

Bahnhofstrasse 18  
6002 Luzern  
www.bkd.lu.ch

## Einverständniserklärung zum Ausbruchttesten an Schulen

An der Schule Ihres Kindes kam es zu einer Häufung positiver Corona-Fälle, weshalb das Contact Tracing des Kantons Luzern eine Ausbruchttestung anordnete. Es sollen möglichst alle Personen der Schule mittel PCR Speicheltest (kein Nasen-, Rachenabstrich) auf das Coronavirus getestet werden.

Angaben Kind	Angaben Erziehungsberechtigte
Schule Klasse	Vorname/n
Vorname	Name/n
Name	Adresse, PLZ, Ort
Geburtsdatum	Handynummer
Versicherungsnummer Krankenkasse* 80756 _ _ _ _ _	E-Mailadresse
Name der Krankenkasse	

**Ja, ich bin einverstanden**, dass mein Kind im Rahmen der Ausbruchttestung auf das Coronavirus getestet wird.

**Nein, ich bin nicht einverstanden**, dass mein Kind im Rahmen der Ausbruchttestung auf das Coronavirus getestet wird.

Ort, Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*) Die Nummer der Krankenversicherungskarte wird nur für die Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse für den Einzeltest benötigt.