

## إقرار الموافقة

### سلسلة فحوصات كوفيد 19 (الفحص الواسع النطاق في مدارس بازل لاند)

نحن بصفتنا آباء / أوصياء قانونيين، نوافق على مشاركة طفلنا في الفحص المتكرر لكوفيد 19. هذه المشاركة طوعية ويمكننا إلغاء مشاركة طفلنا هذه في أي وقت. نحن نوافق على إرسال عينات اللعاب إلى المختبر التحليلي المشارك Biolytix AG بغرض إجراء فحص كوفيد 19. يتم فحص العينات فقط لغرض تشخيص COVID-19 ثم يتم إتلافها. عدا عن الاقتران الجمعي، لا يتم جمع أي بيانات شخصية لطفلنا. يتم تجميع العينات لكل فصل ويتم إرسال النتيجة إلى المدرسة. يتم تقييم نتائج العينات إحصائياً على شكل مجهول المصدر.

في حالة ثبوت نتيجة إيجابية للمجموعة، نوافق على إجراء فحص PCR تشخيصي فردي لاحق على طفلنا، هذا الشيء إلزامي. يتم إجراء هذا الاختبار في مركز الاختبار والتقييم التابع للكانتون في فيلدرين في موتينز أو في إحدى المراكز الخارجية. إجراء الفحص يعتمد على أخذ عينة من اللعاب (ليس عينة مسح الحلق والأنف). لا يُسمح بإجراء فحص المستضد السريع كاختبار لاحق.

إذا كان اختبار PCR التشخيصي الثاني إيجابياً، سوف يتم إبلاغ المكتب الفيدرالي للصحة العامة والخدمة الطبية في كانتون بازل لاند شافت بالنتيجة، كذلك يجب على طفلنا الدخول في الحجر.

الهيئة العامة المسؤولة عن معالجة البيانات الشخصية هي مكتب الصحة في كانتون بازل لاند شافت

Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal

أوافق على مشاركة طفلي.

Ich bin mit der Teilnahme meines Kindes einverstanden

أنا لا أوافق على مشاركة طفلي.

Ich bin mit der Teilnahme meines Kindes NICHT einverstanden

أصيب طفلي بعدوى COVID-19 في الأشهر الثلاثة الماضية بدءاً من تاريخ . أقرب مشاركة ممكنة هي بعد انقضاء ثلاثة على هذا التاريخ.

Mein Kind hatte in den vergangenen 3 Monaten, ab Datum x einen COVID-19 Infekf. Eine Teilnahme ist frühestens Monate nach diesem Datum möglich 3

المدرسة / الصف

Schule/Klasse

الاسم الأول / اسم العائلة للطفل

Vorname/Name Kind

الاسم الأول / اسم العائلة للوصي القانوني

Vorname/Name Erziehungsberechtigte/r

المكان / التاريخ والتوقيع:

Unterschrift