

Einverständniserklärung PoC-Antigen-Test

Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasopharyngealabstrich oder ein Spucktest durchgeführt. Dafür wird die Probe durch einen Abstrich mittels eines in die Nase eingeführten Wattestäbchens genommen. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen. Beim Speicheltest wird Speichel extrahiert und der Abstrich wird mit mittels eines Teststäbchens aus dem Speichel genommen.

Ist der Antigentest positiv, hat der Getestete unverzüglich ein PCR-Test durchführen zu lassen und sich in häusliche Quarantäne zu begeben. Ein negatives Testergebnis bedeutet nicht, dass eine COVID-19-Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Das Ergebnis stellt lediglich den Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung dar. Das Testergebnis wird der getesteten Person in Papierform übergeben.

Erklärung zur Durchführung eines PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2

Ich, _____, geboren am _____

wohnhaft _____ (Straße, PLZ, Ort),

Telefon _____, E-Mail _____

habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu.

Der Testgrund ist:

- Testung zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 4 TestV) **BürgerTesting** (§ 4a TestV)
- Testung von Kontaktperson (§ 2 TestV)
- Testung von Personen nach Auftreten von Infektionen in Einrichtungen und Unternehmen (§ 3 TestV)

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir [Reichsstadt Apotheke, Hauptstraße 8, 73441 Bopfingen, Inhaberin: Eva Fellner-Guyot] als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Vor- und Nachnamen, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer und ggf. E-Mail-Adresse, um im Falle eines positiven Testergebnisses das zuständige Gesundheitsamt darüber zu informieren und diesem ihre persönlichen Daten nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 IfSG weiterzugeben. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Um die unverzügliche Kontaktaufnahme des Gesundheitsamtes mit Ihnen zu gewährleisten, erheben wir die Rufnummer und – sofern angegeben - E-Mail-Adresse nach Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Im Rahmen der Abrechnung sind wir gesetzlich verpflichtet die folgenden Daten von Ihnen zu speichern: Vor- und Nachnamen, Geburtsdatum, Anschrift, Art der Leistung, Testgrund nach §§ 2 bis 4b TestV, Tag, Uhrzeit und das Ergebnis der Testung, Test-ID, Mitteilungsweg des Ergebnisses, bei positivem Ergebnis Nachweis der Meldung an das zuständige Gesundheitsamt sowie diese Bestätigung zur Durchführung des Tests. Diese Daten werden nicht zu Abrechnungszwecken an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung übermittelt, können aber im Rahmen einer eventuellen Abrechnungsprüfung verwendet werden. Rechtsgrundlage ist Artikel 9 Abs. 2 lit. b DSGVO i.V.m. § 7 Abs. 5 und 6, § 7a TestV. Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt gemäß § 7 Abs. 5 Satz 1 TestV nach dem 31. Dezember 2024. Die Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne diese als Pflichtfelder markierten Daten können wir den Test jedoch nicht durchführen. Als betroffene Person haben Sie das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten und auf Berichtigung unrichtiger Daten sowie auf Löschung, sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe vorliegt, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Sie haben zudem das Recht auf Datenübertragbarkeit sowie auf Einschränkung der Datenverarbeitung. Ferner haben Sie das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten [Frank Mitlehner, Vertreter: Ulrich Laufer, Comtex GmbH, Marktplatz 18, 86720 Nördlingen] wenden.

Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen bzgl. einer Corona-Virus-Infektion wahrheitsgemäß zu beantworten.

1. **Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome (Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome)? ***

ja nein

2. **Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber? ***

ja nein

3. **Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt? ***

ja nein

4. **Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht? ***

ja nein

Bopfingen, den _____, Uhrzeit: _____ : _____ Uhr

Unterschrift der zu testenden Person

Unterschrift Apotheker/in

Auszufüllen nach Durchführung des Tests:

Ich bestätige gem. § 7 Abs. 5 Satz 1 Nr. 8 TestV die ordnungsgemäße Durchführung des Tests.

Unterschrift der getesteten Person bzw. ihres gesetzlichen Vertreters.

Protokollierung der Testeignung

Temperaturkontrolle Stirn < 37,5 °C unauffällig? *

Ja Nein

Fragebogen zur Selbsteinschätzung & Datenschutzerklärung ausgefüllt? *

Ja Nein

* Die gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

Testuhrzeit: _____ : _____ Uhr

Datum



Reichsstadt Apotheke
Hauptstr. 8, 73441 Bopfingen
tel. 07362/96340
email: reichsstadt@guyot-apotheken.de
www.guyot-apotheken.de

Unterschrift, Stempel Apotheke