

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

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein Abstrich im vorderen Nasenbereich 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. Ist der Antigentest positiv, hat der Getestete unverzüglich ein PCR-Test durchführen zu lassen und sich in häusliche Quarantäne zu begeben. Im Falle eines positiven Testergebnisses ist die Apotheke verpflichtet, das Testergebnis namentlich dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden. 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.

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

Ich, _____ (Vor- und Nachname) geboren am _____

wohnhaft _____ (Adresse)

Telefon _____ Ausweisnummer _____

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

Testgrund ist:

Kostenlos, für...

- Kinder unter 5 Jahren
- Personen, die sich nicht impfen lassen können
- Schwangere im 1. Trimester
- Haushaltsangehörige von Infizierten
- Pflegende Angehörige
- Menschen mit Behinderung + Betreuende
- Freitestung von medizin. Personal
- Besuchende von Kliniken und Pflegeheimen (Name der Einrichtung) _____

Kosten 3 Euro, für...

- Personen, die am Tag der Testung
- eine Veranstaltung in Innenräumen besuchen wollen
 - Kontakt zu vulnerablen Gruppen haben werden
 - Eine rote Kachel in der Corona-Warn-App haben

Kosten 9,50 Euro, für...

- Anlasslose Testungen

Datenschutzinformation

Im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, 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. Im Rahmen der Abrechnung sind wir gesetzlich verpflichtet die folgenden Daten von Ihnen zu speichern: Name, Geburtsdatum, Anschrift, Art der Leistung, Testgrund nach §§ 2 bis 4b TestV, Tag, Uhrzeit und das Ergebnis der Testung, bei positivem Ergebnis Nachweis der Meldung an das 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. 12.2024. Um die unverzügliche Kontaktaufnahme des Gesundheitsamtes mit Ihnen zu gewährleisten, erheben wir die Rufnummer nach Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Die Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne diese 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.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Kunde

Unterschrift Apotheke

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