

ID (ttmmjj-fortlaufende Nr.): _____

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

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein

- Anterior-Nasal- bzw.
- Nasopharyngeal- bzw.
- Oropharyngeal-Abstrich durchgeführt.

Dafür wird die Probe durch einen Abstrich mittels eines in die Nase / in den Mund / zum Rachen eingeführten Wattestäbchens genommen. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen.

Ist der Antigen test 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, _____, geboren am _____,

wohnhaft _____ (Straße), _____ (PLZ, Ort),

Telefon _____, E-Mail (freiwillig) _____,

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

- Der Test wird im Auftrag des Gesundheitsamtes als PoC-Antigentests (sog. Bürgertest gemäß § 4a TestV²) durchgeführt. Der Test ist in diesem Fall für den zu Testenden kostenlos.
- Ich lasse den Test aus einem anderen Grunde durchführen. Mir ist bekannt, dass ich die Kosten dafür selbst tragen muss.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,
im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir, Laurentius Apotheke, Inh. Apothekerin Renate Waldhelm e. K., Marktstrasse 4, 37434 Gieboldehausen, als Verantwortliche personenbezogene Daten von

² Gemäß § 4a TestV haben asymptomatische Personen Anspruch auf Testung mittels PoC-Antigentest und können diesen gemäß § 5 TestV mindestens einmal wöchentlich in Anspruch nehmen.

ID (ttmmjj-fortlaufende Nr.): _____

Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Namen, 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. Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt im Fall einer positiven Testung nach 4 Wochen. 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. Die Löschung Ihrer Daten bei Negativtestung erfolgt unverzüglich nach Ergebnismitteilung.

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 [**Name, Kontaktdaten**] wenden.

Mein Testergebnis möchte ich folgendermaßen mitgeteilt bekommen:

- per Telefon (Nummer siehe Vorseite) o d e r
- per email (email-Adresse siehe Vorseite) o d e r
- persönlich, denn ich warte 'draußen'

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift des Durchführenden