

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

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

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.

Ich habe die oben aufgeführten Hinweise zum POC Antigen-Test auf SARS-COV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu.

Name Vorname
Tel.-Nr. E-Mail:(freiwillig)

Bitte kreuzen Sie an, warum Sie sich testen lassen wollen:

Besucher/Bewohner einer medizinischen Einrichtung (Krankenhaus/Pflegeheim etc.)
besuchte Person:
welche medizinische Einrichtung:

Betreuer eines zu Pflegenden/Vorerkrankten:
Name des zu Pflegenden:

Beendigung der Absonderung (sofern Test erforderlich)

andere Gründe

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,
im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir (CentralApotheke, Anja Roth e.K.; Heidelberger Landstr. 230; 64297 Darmstadt) als Verantwortliche personenbezogene Daten von 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.

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 (Brigitte Hektor) wenden.

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

Ich bestätige die Richtigkeit dieser Angaben. Bei falschen Angaben kann ich dafür wegen eines Steuerdelikts haftbar gemacht werden.

Datum Unterschrift Test Person Unterschrift Apothekerin

**Bescheinigung über das Testergebnis des
PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 in der Apotheke
(COVID-19 rapid antigen test result certificate)**

Name (Surname)

Vorname (First Name)

Geschlecht : m w d (Gender):
female/male/divers

Straße und Hausnummer (Street Address)

Geburtsdatum (Date of Birth)

PLZ (Postal Code)

Ort (City)

XX

Der POC-Antigen Test aus Sars-CoV-2 wurde durchgeführt von:

(Covid-19 rapid antigen test was performed by:)

Name (Surname) **Roth** Vorname (First Name) **Anja**

Probenentnahmeverfahren (Sample origin):

- Nasopharyngealabstrich (nasopharyngeal swab)
- Rachenabstrich (oropharyngeal swab)
- Nasenabstrich (nasal swab)
- Speichel (saliva)
- anderes (other).

Name, Adresse und Kontaktdaten der Apotheke (name and contact details of the pharmacy):

Central Apotheke an der Modaubrücke - Heidelberger Landstr. 230 - 64297 Darmstadt

Tel: 06151 55219 Fax: 06151 596916 service@centralapo24.de

Bezeichnung des verwendeten Tests/Hersteller des verwendeten Tests/Test ID:

Commercial name of the test used/Manufacturer of the test used/Test ID:

- Clungene Covid 19 Antigen Rapid Test/ Hangzhou Clongene Biotech Co. Ltd
- Roche SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test/ SD Biosensor Inc./ AT 004/20

Positives COVID-19 Testergebnis wird bescheinigt für die oben angegebene Person (the COVID-19 rapid antigen-test result is **positive for the person specified above)**

Negatives COVID-19 Testergebnis wird bescheinigt für die oben angegebene Person (the COVID-19 rapid antigen-test result is **negative for the person specified above)**

Datum und Uhrzeit der Testung
(Date and time of testing)

Unterschrift Apothekerin
(Signature Pharmacist)