



Durchführung von PoC-Antigentests auf Coronavirus SARS-CoV-2 -Einverständniserklärung-

Apothekerin Dr. Annett Fischer
Robert-Koch-Straße 6
99510 Apolda
Tel.: (03644) 56 21 30
Fax.: (03644) 55 03 69
coronatest@glockenapotheke-apolda.de
<http://www.glockenapotheke-apolda.de>

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

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasopharyngeal- oder Nasalabstrich 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, _____ 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 bzw. bestätige hiermit die Testdurchführung.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,
im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir **Glocken-Apotheke Apolda, Inh. Dr. Annett Fischer e.K., Robert-Koch-Str. 6, 99510 Apolda** 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 Speicherung Ihrer Daten erfolgt aufgrund rechtlicher Vorgaben bis 31.12.2024.** Um die unverzügliche Kontaktaufnahme des Gesundheitsamtes im positiven Testfall 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 erfolgt nach der gesetzlichen Archivierungspflicht (nach dem 31.12.2024).

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 ds-beauftragter@arbeitsmedizin-jena.de wenden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift der Apotheke

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

Liebe/r Patient/-in,

aufgrund der rechtlichen Vorgaben (Coronavirus-Testverordnung TestV) möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir aufgrund der rechtlichen Vorgaben nur symptomfreie Personen testen dürfen!!!

<p>1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: wie Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome?</p>	<p style="text-align: center;">Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber?</p>	<p style="text-align: center;">Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
<p>2a. Körpertemperatur (Stirn): °C</p>	<p>Wird im Test-Zentrum vor der Testung durchgeführt, wenn größer/ gleich 37,5° C keine Testung möglich!</p>
<p>3. Haben Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?</p>	<p style="text-align: center;">Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Haben Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht?</p>	<p style="text-align: center;">Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Testgrund</p>	<p><input type="checkbox"/> Bürgertest nach §4a TestV (<i>kostenfrei</i>) <input type="checkbox"/> Beschäftigtentest (<i>kostenpflichtig</i>) <input type="checkbox"/> Reisetest (<i>kostenpflichtig</i>) <input type="checkbox"/> Testung von Kontaktpersonen nach §2 TestV (<i>kostenfrei</i>) <input type="checkbox"/> Testung von Personen nach Auftreten von Infektionen in Einrichtungen und Unternehmen nach §3 TestV (<i>kostenfrei</i>)</p>
<p>6. Gewünschter Mitteilungsweg an die getestete Person</p>	<p><input type="checkbox"/> Ausdruck Testprotokoll (schriftlich) <input type="checkbox"/> elektronisch per E-Mail <input type="checkbox"/> elektronisch online über https://ergebnis.schnelltest.click</p>
<p>7. Wünschen Sie die Datenübernahme in die Corona-Warn-APP?</p>	<p style="text-align: center;">Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
<p>8. Chargenrückverfolgung Testkits (<i>vom Testpersonal auszufüllen</i>)</p>	<p>Ch.Bez.:</p>

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten