

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 Antigen test positiv, hat der Getestete sich unverzüglich in häusliche Quarantäne zu begeben. Zur Erlangung eines Genesenenzertifikates ist die anschließende Durchführung eines PCR-Tests erforderlich.

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.

Testgrund ist

- Selbstzahler** – kostenpflichtig
- Bürgertestung (§ 4a TestV)** – nur für asymptomatische Personen!
bitte „Selbstauskunft/Nachweise zur Inanspruchnahme von Testungen nach §4a TestV“ ausfüllen

Weitere:

- Testung von Kontaktpersonen (§ 2 TestV) - *Nachweise erforderlich*
- Testung von Personen nach Auftreten von Infektionen in Einrichtungen und Unternehmen (§ 3 TestV)
- Testung zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 4 TestV)
d.h. Mitarbeiter und Patienten in Einrichtungen und Unternehmen, wie Krankenhäuser o.a. stationäre und ambulante Dienste

Gewünschte Übermittlung Testergebnis

- Ausdruck Testprotokoll (schriftlich)
- Datei im pdf-Format per E-Mail (elektronisch)
- elektronisch online über <https://ergebnis.schnelltest.click>
- Übermittlung an die Corona-Warn-App gewünscht

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

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 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.

Wenn Sie die Ausstellung eines digitalen COVID-19-Testzertifikats und/oder die Übermittlung Ihres Testergebnisses an die Corona-Warn-App wünschen, nutzen wir hierfür das offizielle System des Robert-Koch-Instituts (RKI). Das RKI ist Verantwortlicher für die Datenverarbeitung in diesem System. Nähere Datenschutzinformationen erhalten Sie direkt in der Corona-Warn-App oder unter <https://www.coronawarn.app/de/privacy/>.

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, Zustimmung/Ablehnung der Übermittlung an die Corona-Warn-App, 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 bis 9, § 7a TestV i.V.m. den darauf beruhenden Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt gemäß § 7 Abs. 5 Satz 1 TestV nach dem 31. Dezember 2024. Die Bescheinigung über das Testergebnis, sowie bei positiver Testung der Nachweis der Meldung an das Gesundheitsamt werden gemäß § 7 Abs. 5 Satz 4 TestV zum 31. Dezember 2022 gelöscht.

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 Jenaer Arbeitsmedizin ds-beauftragter@arbeitsmedizin-jena.de wenden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient*in bzw. gesetzl. Vertreter

Unterschrift der Apotheke

Chargen-Bez. Testkits (vom Testpersonal auszufüllen): _____

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

Selbstauskunft/Nachweis nach § 6 Abs. 3 Nr. 4 und 5 TestV zur Inanspruchnahme von Testungen nach § 4a TestV

Nachweis der Identität der zu testenden Person

Personalausweis sonstiger amtlicher Lichtbildausweis:

Reisepass

Ausweisnummer:

Angaben der zu testenden Person:

Vor-(Ruf-) und Familienname

geboren am: in:

wohnhaft in:
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Angaben des/der Sorgeberechtigten/der Betreuungsperson:


Vor-(Ruf-) und Familienname

geboren am: in:

wohnhaft in:
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Hiermit versichere ich, dass ich/die zu testende Person zu folgender Personengruppe gehöre/gehört:

- § 4a Absatz 1 Nr. 1 TestV:** Personen, die zum Zeitpunkt der Testung das fünfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben*
- § 4a Absatz 1 Nr. 2 TestV:** Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation, insbesondere einer Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel, zum Zeitpunkt der Testung nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können oder in den letzten drei Monaten vor der Testung aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden konnten*
- § 4a Absatz 1 Nr. 3 TestV:** Personen, die zum Zeitpunkt der Testung an klinischen Studien zur Wirksamkeit von Impfstoffen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 teilnehmen oder in den letzten drei Monaten vor der Testung an solchen Studien teilgenommen haben*
- § 4a Absatz 1 Nr. 4 TestV:** Personen, die sich zum Zeitpunkt der Testung aufgrund einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in Absonderung befinden, wenn die Testung zur Beendigung der Absonderung erforderlich ist*
- § 4a Absatz 1 Nr. 5 TestV:** Personen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4

 <p>Glocken-Apotheke Apolda</p> <p><small>Wir lauten Ihre Gesundheit ein</small></p>	<p>Durchführung von PoC- Antigentests auf Coronavirus SARS-CoV-2 -Einverständniserklärung-</p>	<p>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</p>
--	---	---

- § 4a Absatz 1 Nr. 6 TestV:** Personen, die an dem Tag, an dem die Testung erfolgt, **(Eigenbeteiligung i. H. v. 3,00 Euro, siehe § 4a Abs. 2 TestV)**
 - eine Veranstaltung in einem Innenraum besuchen werden **oder**
 - zu einer Person Kontakt haben werden, die das 60. Lebensjahr vollendet hat **oder**
 - aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken
- § 4a Absatz 1 Nr. 7 TestV:** Personen, die durch die Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten haben **(Eigenbeteiligung i. H. v. 3,00 Euro, siehe § 4a Abs. 2 TestV)**
- § 4a Absatz 1 Nr. 8 TestV:** Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch Personen beschäftigen, sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch beschäftigt sind
- § 4a Absatz 1 Nr. 9 TestV:** Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch
- § 4a Absatz 1 Nr. 10 TestV:** Personen, die mit einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person in demselben Haushalt leben*
- Hiermit bestätige ich, dass die Testung unter Eigenbeteiligung in Höhe von 3,- € durchgeführt wurde.**

Ort, Datum

Unterschrift der Testperson bzw.
des/der Sorgeberechtigten/der Betreuungsperson

.....
Durch die Teststelle auszufüllen:

Teststelle/Name: Glocken-Apotheke Apolda, Inh. Dr. Annett Fischer e.K.

Teststellen-ID: RegNr. KVT 2430566576

dazugehörige Adresse: Robert-Koch-Str. 6, 99510 Apolda
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

- Die o. g. Eigenbeteiligung wurde entrichtet (siehe oben)
- Die durch die Testperson vorgenommenen personenbezogenen Angaben wurden seitens der Teststelle auf Richtigkeit überprüft.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Testenden

*Für diese Angaben sind von der zu testenden Person entsprechende Dokumente vorzulegen (z.B. amtlicher Lichtbildausweis, ärztliches Attest, Mutterpass, positiver Test, Eintrittskarte, Corona-Warn-App, Testergebnis und Nachweis des Wohnortes).