

### 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 Genesenzertifikates 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) \_\_\_\_\_

Ausweisnummer (Personalausweis/Reisepass): \_\_\_\_\_

**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

#### **Selbstauskunft/Nachweise zur Inanspruchnahme von Testungen nach §4a TestV“**

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

1. Personen, die nach § 4 Abs. 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 TestV, d.h. Personen, die in Krankenhäusern bzw. Pflegeeinrichtungen behandelt oder betreut werden sowie Personen, die diese besuchen
2. Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX Personen beschäftigt und die dort beschäftigten Personen
3. Pflegepersonen nach § 19 Abs. 1 SGB XI

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

#### **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-**

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>

**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](mailto:ds-beauftragter@arbeitsmedizin-jena.de) wenden.

**Teststelle: Glocken-Apotheke Apolda Teststellen-ID: RegNr. KVT 2430566576**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in bzw. gesetzl. Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Apotheke/Testpersonal

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