



**Apotheke im
Einkaufspark**
Johannes Unger



**Riemenschneider
Apotheke**
Johannes Unger

HINWEISE & DATENSCHUTZFORMULAR

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

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasopharyngealabstrich 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 _____, Telefon _____,

wohnhaft _____ (Straße),

_____ (PLZ, Ort),

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

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir, die Riemenschneider Apotheke 97332 Volkach, 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. 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 (s. Homepage) wenden.

! BITTE Vorder- und Rückseite komplett ausfüllen & unterschreiben – DANKE !

Selbstauskunft der zu testenden Person zur Durchführung eines PoC-NAT-Tests auf SARS-CoV-2

Ich, _____ geboren am _____
(Name, Vorname),

versichere, dass ich **Anspruch auf einen kostenlosen Bürgertest** gemäß §4a Test-Verordnung habe, da:

- ich Kind unter 5 Jahren bin (mit Nachweis, z.B. Kinderreisepass)
- ich mich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen kann, u.a. Schwangere im ersten Schwangerschaftsdrittel (mit Nachweis im Original, z.B.: ärztliches Attest, Mutterpass)
- ich mich in Absonderung befinde und ein Test zur Beendigung der Absonderung **erforderlich** ist („Freitesten“ – abhängig von der Regelung des jeweiligen Bundeslandes)
- ich Besuchender, Behandler oder Bewohnender in u.a. folgenden Einrichtungen bin: Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, stationäres Pflegeheim, Einrichtung für Menschen mit Behinderungen und ambulante Operationen, Dialysezentrum, ambulante Pflege, ambulanter Dienst oder stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe, Tagesklinik, Entbindungseinrichtung, ambulanter Hospizdienst und Palliativversorgung
- ich pflegebedürftige Angehörige versorge
- ich in einem Haushalt mit nachweislich infizierten Personen lebe (Nachweis: Positives Testergebnis des Haushaltsmitgliedes sowie Nachweis der übereinstimmenden Anschrift)

oder: ich versichere, dass ich Anspruch auf einen **Bürgertest** gemäß §4a Absatz 1 Nummer 6 und 7 TestV habe **und eine Eigenbeteiligung von 3€ leisten muss**, da:

- ich am Tag der Testung eine Veranstaltung in Innenräumen besuchen will, z.B. Konzert
- ich am Tag der Testung Kontakt zu Personen haben werde, die ein hohes Risiko haben, schwer an Covid-19 zu erkranken (das sind Menschen ab 60 Jahren, Menschen mit Behinderung, Menschen mit schweren Vorerkrankungen)
- ich durch die Corona-Warn-App einen Hinweis auf ein erhöhtes Risiko erhalten habe (Nachweis: „rote Kachel“)

oder:

- Ich gehöre keiner der genannten Personengruppen an und möchte den Test selbst bezahlen.
- Ich versichere, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind.

Datum und Unterschrift der zu testenden Person bzw. der Erziehungsberechtigten

Nur vom Leistungserbringer auszufüllen!

- ein entsprechender Nachweis oder Eigenerklärung lag vor und wurde eingesehen.

Testzeit:

Testergebnis (+ Positiv/- Negativ):

Unterschrift der testdurchführenden Person