

## Corona-Antigen-Schnelltest



Sehr geehrte Damen und Herren, aufgrund der aktuellen Corona-Virus-Situation möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: wie <b>Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome</b> ?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

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

Der PoC-Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 wird mittels eines Spucktests, Lollipoptests oder eines Nasenabstrichtests durchgeführt. Damit der Test richtig funktionieren kann, darf 30 Min vor dem Test nicht gegessen, getrunken, Kaugummi gekaut, geraucht bzw. bei nasalem Abstrich kein Nasenspray/salbe verwendet werden. Wenn zur Ermittlung des Testergebnisses eines PoC-Antigentests auf SARS-COV-2 ein nasaler Abstrich durchgeführt wird, wird ein Wattestäbchen in den vorderen Nasenbereich eingeführt. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen.

Ist der Antigentest positiv, hat der Getestete unverzüglich einen PCR-Test über einen Arzt (z.B. Hausarzt) 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 und gilt 24-48 Stunden.

### Erklärung zur Durchführung eines PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2

Vor-/Nachname*	
Geburtsdatum*	
Straße*	
PLZ, Ort*	
Telefon*	
E-Mail	

\* Pflichtfelder

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

Test-ID des PoC-Antigentests <sup>1</sup> : AT-Nr:

### Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir (Marien-Apotheke, Josef Stuhler, Marktplatz 15, 86637 Wertingen) 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>.



<sup>1</sup> Liste der Antigen-Tests des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte: <https://antigen-test.bfarm.de/9rds/f?p=110:100:3253130695606::: &tz=2:00>

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 die 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 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 die 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 habe Sie das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an den Verantwortlichen / Datenschutzbeauftragten (Herrn Josef Stuhler, Marktplatz 15, 86637 Wertingen, Tel.: 08272/2068) wenden.

### **Von der Apotheke auszufüllen:**

Kostenpflichtig       Kostenloser Test – Grund:

Testgrund:     Testung von Kontaktperson (§2 TestV)       Bürgertestung (§4a TestV)  
 Testung zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§4 TestV)  
 Testung von Personen nach Auftreten von Infektionen in Einrichtungen und Unternehmen (§3 TestV)

Übermittlung Testergebnis:  Papierform       Datei im pdf-Format per Email  
 Digitales COVID-19-ITestzertifikat nach §22 Abs. IfSG

Thierhaupten, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der getesteten Person bzw. ihres/r gesetzlichen Vertreters/in, der/des Erziehungsberechtigten

### **Auszufüllen nach Durchführung des Tests:**

Ich bestätige gem. § 7 Abs. 5 Satz 2 Nr. 8 TestV die ordnungsgemäße Durchführung des Tests.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der getesteten Person bzw. ihres gesetzlichen Vertetters/in bzw. der/des Erziehungsberechtigten