

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 der sorgfältigen Durchführung kann es **in Einzelfällen** zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen.

Ist der Antigentest **positiv**, hat der Getestete **unverzüglich** einen **PCR-Test durchführen** zu lassen und sich **in häusliche Quarantäne** zu begeben. Bitte beachten Sie hierzu die Informationen des Sozialministeriums Baden-Württemberg.

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-Antigentest auf SARS-CoV-2 nach §§2 bis 4b TestV

Ich, _____, geboren am _____,

wohnhaf (Straße) _____, (Plz, Ort) _____,

Telefon _____ (E-Mail-Adresse freiwillig) _____

habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-Cov-2 gelesen und stimme der Durchführung zu. Im Falle eines positiven Testergebnisses bin ich damit einverstanden, dass meine Daten dem zuständigen Gesundheitsamt übermittelt werden.

Testgrund ist (bitte ankreuzen)

§ 4a TestV:

Besuch einer in einem **Heim oder Krankenhaus/Klinik** gepflegten/behandelte Person (§ 4a TestV)

Leistungsberechtigte u. Beschäftigte mit Pers. Budget §29 SGB IX

in häuslicher Umgebung gepflegte oder pflegende Personen

zur **Beendigung der Absonderung (nur wenn aktuell erforderlich; Absonderungsanordnung oder pos. PCR-Test nicht älter als 21 Tage erforderlich)**

§ 4 TestV: Testung zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2:

Personen, die **in Einrichtungen und Unternehmen nach §4 Abs. 2 tätig** sind oder tätig werden sollen

Testung von Kontaktperson (§ 2 TestV)

Testung von Personen nach Auftreten von Infektionen in Einrichtungen und Unternehmen (§ 3 TestV)

Ich bezahle **12€** und möchte den Test als

Selbstzahler

Uhrzeit: __:__ Uhr

Seite 1 von 2

Datenschutzinformation

Sehr geehrte(r) Kunde/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten poC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir, Rosen-Apotheke am Riedbrunnen, Schillerstraße 19, 72202 Nagold, Naciye Arslanoglu, 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.

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 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 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 der Aufsichtsbehörde zu beschweren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten DeltaMed Süd GmbH & Co.KG, Telefon: 07141-974570, E-Mail: dsb@deltamedsued.de, wenden.

Ort, Datum, Uhrzeit:

Unterschrift der getesteten Person
bzw. ihres/r gesetzlichen Vertreters/in

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

Uhrzeit: __:__ Uhr

Seite 2 von 2