

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 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 _____

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

Bürgertestung (§ 4a TestV)

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-

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 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 2022.

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.

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

Liebe/r Patient/-in,

aufgrund der rechtlichen Vorgaben (TestV) möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir aufgrund der rechtlichen Vorgaben nur symptomfreie Personen testen dürfen!!!

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: wie Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome?	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"/>
2a. Körpertemperatur (Stirn): °C	Wird im Test-Zentrum vor der Testung durchgeführt, wenn größer/ gleich 37,5° C keine Testung möglich!
3. Haben Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4. Haben Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

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