

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

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



Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein 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 *Antigentest positiv*, hat der Getestete unverzüglich einen PCR-Test durchführen zu lassen und sich in häusliche Quarantäne zu begeben. Im Falle eines positiven Testergebnisses ist die Apotheke verpflichtet, dieses Testergebnis namentlich und unter Angabe Ihrer Kontaktdaten dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden. Die Meldeverpflichtung ergibt sich aus dem Infektionsschutzgesetz.

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.

Der Test kann nur nach Vorliegen des ausgefüllten Fragebogens zur Selbsteinschätzung und der Einverständniserklärung durchgeführt werden.

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

Ich, \_\_\_\_\_ (Name, Vorname), geboren am \_\_\_\_\_,

wohnhaft in \_\_\_\_\_ (Straße),

\_\_\_\_\_ (PLZ, Ort)

Telefon \_\_\_\_\_, E-Mail \_\_\_\_\_ (freiwillig)

habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 sowie die **Datenschutzinformationen auf der Rückseite** gelesen und stimme der Durchführung zu. Mit der Unterschrift bestätige ich, dass mir die Aufklärungshinweise zum Datenschutz (Erhalt des Testergebnisses in der Corona Warn App) ausgehändigt wurden.

**Testgrund siehe Rückseite!** Bitte ankreuzen, Nachweis vorlegen und unterschreiben!

#### Übermittlung Testergebnis:

- Papierform
- Übermittlung an die Corona-Warn-App (CWA)
- Datei im pdf-Format per E-Mail
- Digitales COVID-19-Testzertifikat nach § 22 Abs. 7 Infektionsschutzgesetz

Dessau-Roßlau, \_\_\_\_\_

Ort / Datum

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Apothekenmitarbeiterin /  
des Apothekenmitarbeiters

### Folgender Abschnitt wird von der Apotheke ausgefüllt

Bezeichnung des verwendeten Antigentests <b>Clungene Profi Test COVID-19 Antigen – AT079/20</b>	Testergebnis <input type="checkbox"/> <b>positiv</b> <input type="checkbox"/> <b>negativ</b>
Test durchgeführt von: _____ Vorname, Name	Testdatum/Uhrzeit ____ / ____ / 2022 ____ : ____ Uhr

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Bitte wählen (kreuzen) Sie hier Ihren Testgrund aus.

	Personengruppe - Anspruch auf <b>kostenlose Schnelltests</b>	Nachweis
<input type="checkbox"/>	<b>Kind</b> , welches das 5. Lebensjahr noch <u>nicht</u> vollendet hat.	Bitte Ausweis / Versichertenkarte vorzeigen!
<input type="checkbox"/>	<b>Schwangere Person</b> im ersten Trimenon (ersten 3 Schwangerschaftsmonate) <u>oder</u> <b>Person mit medizinischer Kontraindikation</b> , die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden kann.	Bitte Nachweis vorzeigen!
<input type="checkbox"/>	<b>Studienteilnehmer</b> : Person, die an klinischen Studien zu Corona-Impfstoffen teilnimmt oder in den letzten drei Monaten teilgenommen hat.	Bitte Nachweis vorzeigen!
<input type="checkbox"/>	Infizierte Person, die sich in Quarantäne befindet und sich <b>Freites-</b> <b>ten</b> lassen möchte.	Bitte Nachweis vorzeigen!
<input type="checkbox"/>	Einrichtungen: <b>Patienten</b> oder <b>Besucher</b> von Kliniken und anderen Pflegeeinrichtungen	Bitte Nachweis vorzeigen!
<input type="checkbox"/>	<b>Kontaktperson von einer Person</b> , die infiziert ist und im gleichen Haushalt lebt.	Bitte Nachweis vorzeigen!
<input type="checkbox"/>	<b>Pflegepersonen</b> (pflegender Angehöriger) im Sinne des §19 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Bitte Nachweis vorzeigen!
<input type="checkbox"/>	<b>Betreuer</b> (§29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch)	Bitte Nachweis vorzeigen!

	Personengruppe - Schnelltest mit <b>3 € Eigenanteil</b>	Nachweis
<input type="checkbox"/>	Heutiger <b>Besuch von einer Veranstaltung</b> (Innenraum)	<b>Name / Ort der Veranstaltung:</b>
<input type="checkbox"/>	Heutiger <b>Besuch einer Person</b> über 60 Jahre oder einer Person, die aufgrund einer <b>Vorerkrankung</b> oder <b>Behinderung</b> ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken.	<b>Name der besuchten Person:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Rote CWA (Corona Warn-App)</b> Warnung Statusanzeige erhöhtes Risiko	Bitte App vorzeigen!

<b>Selbstzahler - Schnelltest für <b>9,50 €</b></b>
---

## Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir, die Apotheke am Bauhaus, Gropiusallee 50 in 06846 Dessau-Roßlau, Inhaber Martin Grünthal, 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, 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. 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 einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten Dr. Georg F. Schröder wenden.

**Hiermit bestätige ich, dass ich zu der oben genannten Personengruppe gehöre und meine Angaben und Nachweise der Wahrheit entsprechen.**

Dessau-Roßlau,  
Ort / Datum

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