

## 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 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 \_\_\_\_\_,

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 **[Sonnen Apotheke, Hauptstr. 33, 67308 Albisheim, Inhaber: Torben Schreiner]** 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 **[Yu-Pei Shao-Schreiner, 06355-453]** wenden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

NOCH Rückseite ausfüllen!!!!

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/des Patienten

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

## Hinweis:

PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 werden von uns ausschließlich bei asymptomatischen Personen durchgeführt. Dies bedeutet, dass wir Personen die Symptome aufweisen, die auf eine SARS-CoV-2-Infektion hindeuten, in unserem Testcenter nicht testen können. Wenn Sie sich in diesen Fällen bitte an Ihren Hausarzt oder Ihr zuständiges Gesundheitsamt.

### Frage 1

Haben Sie erhöhte Temperatur?

Ja (über 37,5 C)  Nein

### Frage 2

Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome wie Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome?

Ja  Nein

### Frage 3

Waren Sie in den letzten 2 Wochen in einem der aktuellen Corona Virus Risikogebiete laut Robert Koch Institut?

Ja  Nein

### Frage 4

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen wissentlich Kontakt mit Personen, die sich in Corona Virus Risikogebieten laut Robert Koch Institut aufgehalten haben?

Ja  Nein

### Frage 5

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt mit einer Person, bei der das neuartige Coronavirus im Labor nachgewiesen wurde?

Ja  Nein

### Frage 6

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Ja  Nein

## Bestätigung Ihrer Angaben

Hiermit bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig sind und dem Zeitpunkt entsprechen, an dem dieses Formular ausgefüllt und abgesendet wurde.

Ich bestätige die wahrheitsgemäße Angabe in dieser Selbsteinschätzung. Falls sich an den obigen Antworten bis zum Testzeitpunkt etwas ändert, verpflichte ich mich, dies der Apotheke mitzuteilen.

---

Ort, Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten