

Vers.: 1.1	Formblatt	Seite 2 von 3
Gültig ab: 01.07.2021	Einwilligungserklärung zur Durchführung eines PoC-Antigen-Tests auf SARS CoV-19	Dok.-Nr: FB-580-04

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 einen PCR-Test durchführen zu lassen und sich in häusliche Quarantäne zu begeben. Im Falle eines positiven Testergebnisses ist die Apotheke verpflichtet, das Testergebnis namentlich und mit Telefonnummer 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.

Einwilligungserklärung zur Durchführung eines PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2


Bitte unbedingt sauber und leserlich schreiben!

Vorname und Nachname:	
geboren am:	
Strasse, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
Grund des Tests:	
Mitteilungsweg des Zertifikats:	<input type="checkbox"/> Aushändigung <input type="checkbox"/> Corona-Warn-App

Ich habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu. Ich versichere, dass ich zum Testzeitpunkt symptomfrei bin.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,
im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir (Luzin-Apotheke, Fürstenberger Str. 1, 17258 Feldberg, Inhaberin Doreen Wegner) 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. Des weiteren sind wir ab dem 01.07.2021 verpflichtet, eine noch umfangreichere Dokumentation über die Testung zu führen und Ihre angegebenen Daten bis zum 31.12.2024 zu speichern. 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. Die Löschung Ihrer Daten erfolgt entsprechend der gesetzlichen Regelungen. 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 uns wenden.

Feldberg, den:	 ____ . ____ . ____	Uhrzeit: (füllt Apotheke aus!) ____ : ____
Unterschrift (Patient / Bevollmächtigter)	