

Vers.: 1.2	Formblatt	Seite 2 von 4
Gültig ab: 30.06.2022	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 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, 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, akzeptiere diese 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.

bitte wenden

Vers.: 1.2	Formblatt	Seite 3 von 4
Gültig ab: 30.06.2022	Einwilligungserklärung zur Durchführung eines PoC-Antigen-Tests auf SARS CoV-19	Dok.-Nr: FB-580-04

Ich gehöre in folgende Personengruppe - (bitte ankreuzen):

- Personen, die zum Zeitpunkt der Testung das fünfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben
Nachweis: z.B. Kinderreisepass vorlegen
- Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation (z.B. Schwangerschaft), zum Zeitpunkt der Testung nicht gegen das Coronavirus geimpft werden können
Nachweis: ärztliches Zeugnis über medizinische Kontraindikation (im Original), z.B. Attest oder Mutterpass vorlegen
- Personen, die zum Zeitpunkt der Testung an klinischen Studien zur Wirksamkeit von Impfstoffen gegen das Coronavirus teilnehmen
Nachweis: Teilnahmenachweis der Studie vorlegen
- Personen, die sich zum Zeitpunkt der Testung aufgrund einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus in Absonderung befinden, wenn die Testung zur Beendigung der Absonderung erforderlich ist
Nachweis: Vorlage einer schriftlichen Absonderungsanordnung oder positives PCR-Testergebnis, das maximal 21 Tage zurück liegt
- Personen nach §4 Abs. 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 (Besucher von Pflegeheimen und Krankenhäusern)

Name der zu besuchenden Person:.....

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung / Krankenhaus:

.....

- Personen, die am selben Tag an dem die Testung erfolgt:
 - a) eine Veranstaltung in einem Innenraum besuchen werden

Ort der Veranstaltung:.....

- b) zu einer Person Kontakt haben werden, die das 60. Lebensjahr vollendet hat oder aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken
3 € Eigenanteil für den Bürger

Name und Anschrift der Kontaktperson:.....

.....

- Personen, die durch die Corona-Warn-App eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten haben **3 € Eigenanteil für den Bürger, Nachweis: Vorzeigen der Corona-Warn-App**
- Leistungsberechtigte nach §29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (Menschen mit Behinderungen und deren Betreuungskräfte)
 - ich gehöre zur Personengruppe: Menschen mit Behinderung**
 - ich bin Betreuungskraft in folgender Einrichtung:**

.....

- Pflegepersonen im Sinne des §19 Satz 1 des elften Buches Sozialgesetzbuch = Menschen, die nicht erwerbsmäßig eine pflegebedürftige Person in eigener Häuslichkeit betreuen.


Nachweis: Pflegegradnachweis der pflegebedürftigen Person und Nachweis der übereinstimmenden Wohnanschrift vorgelegt

- Personen, die mit einer mit dem Coronavirus Infizierten Person in demselben Haushalt leben.

Nachweis: Testergebnis der Infizierten Person und Nachweis der übereinstimmenden Wohnanschrift vorgelegt

- ich gehöre zu keiner der beschriebenen Personengruppe und zahle den vollen Preis (**12 € pro Test**)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

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