

<p><b>5.4</b> <b>Anlage 4</b></p>	<p>Aufklärungsbogen PoC-Antigenschnelltests</p>	<p>Prozess- verantwortlicher: <b>M. Tratz</b> Revisionsstand: <b>06.07.2022</b></p>
---------------------------------------	---	---

Seite 1 von 2

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

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasopharyngealabstrich bzw. ein Abstrich im vorderen Nasenbereich oder ein Lollipop-Test durchgeführt. Dafür wird ggf. 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 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. Außerdem ist die Apotheke verpflichtet die Ergebnisse auf dem Meldeportal des Freistaates Bayern (BayCoRei) einzutragen. 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.

**Datenschutzinformation**  
 Sehr geehrte/r Patient/in,  
 im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir **Apotheke im Fürstenhof Maximilian Tratz e. K., Johann-Friedrich-Str.1, 91161 Hilpoltstein inkl. Filiale Stadt-Apotheke Maximilian Tratz e. K., Hauptstraße 10, 91180 Heideck** 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 **Werner Kraus** wenden.

Testgrund:  Bürgertestung (§ 4a TestV)  Selbstzahler Anzahl testender MA: 1  
 Testergebnis:  Papierform  Digitales COVID-19-Testzertifikat nach § 22 Abs. 7 Infektionsschutzgesetz (mögl. ab 1.8.21)<sup>1</sup>

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der getesteten Person bzw. ihres gesetzlichen Vertreters

**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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift durchführender MA

Verwendeter Test inkl. Test ID:

  
  
  

Ergebnis:  
 positiv  
 negativ  
 nicht auswertbar

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie die digitale Übermittlung erfolgt über die Corona-Warn-App und kann nur bei bestehendem Testprofil inkl. Datenübermittlung mittels QR-Code erfolgen. Zusätzliche Datenschutzhinweise auf Extraformular werden akzeptiert, inkl. namentliche Übertragung in die Corona-Warn-App

5.4 Anlage 4	Aufklärungsbogen PoC-Antigenschnelltests	Prozess- verantwortlicher: M. Tratz Revisionsstand: 06.07.2022
-----------------	---	--

Seite 2 von 2

Testgrund ist

- Bürgertestung (§ 4a TestV) mit nachfolgender Begründung:
- Kind < 5 Jahre (Geburtsurkunde<sup>2</sup>, Kinderreisepass) (§ 4a Abs. 1 Nr. 1 TestV),
  - medizinische Kontraindikation zum Zeitpunkt der Testung oder in den letzten drei Monaten zuvor, die einer COVID-19-Impfung entgegensteht, insbesondere Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel (ärztliches Zeugnis, ggf. Mutterpass) (§ 4a Abs. 1 Nr. 2 TestV),
  - Teilnehmer\*in innerhalb der letzten drei Monate bis zur Testung von klinischer Studie zur Wirksamkeit von COVID-19-Impfstoffen (Nachweis über die Studienteilnahme) (§ 4a Abs. 1 Nr. 3 TestV),
  - Testung zur Aufhebung der Absonderung nach nachgewiesener COVID-19-Infektion (Absonderungsnachweis des Gesundheitsamts oder positiver NAT-Testnachweis) (§ 4a Abs. 1 Nr. 4 TestV),
- (Bitte beachten Sie: Eine Testung ist zurzeit keine Voraussetzung zur Beendigung der Absonderung! Stand 07/22)**
- Person, die mit einer SARS-CoV-2 infizierten Person in einem Haushalt lebt (positiver NAT-Testnachweis der infizierten Person) (§ 4a Abs. 1 Nr. 10 TestV),
  - Besucher\*in, Behandelte\*r oder Bewohner\*in gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 TestV, ggf. schriftliche Bestätigung<sup>3</sup> (§ 4a Abs. 1 Nr. 5 TestV), (**Besucher von medizinischen- oder Pflegeeinrichtungen**)
  - Leistungsberechtigte\*r nach § 29 SGB IX, die\*der Person(en) im Rahmen des persönlichen Budgets beschäftigt, sowie die beschäftigte Person im Rahmen des persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX (§ 4a Abs. 1 Nr. 8 TestV),
  - Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI, die Pflegebedürftige nicht erwerbsmäßig in ihrer häuslichen Umgebung pflegen (§ 4a Abs. 1 Nr. 9 TestV),
  - am selben Tag der Testung Besucher\*in einer Veranstaltung in einem Innenraum (Eintrittskarte) und/oder einer Person ≥ 60 Jahre und/oder einer Person, die aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken (§ 4a Abs. 1 Nr. 6 TestV, **Eigenanteil von 3 €**),
  - Person, die durch die Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten hat (§ 4a Abs. 1 Nr. 7 TestV, **Eigenanteil von 3 €**).

*Sollte keiner der hier aufgezeigten Gründe zu dieser Testung führen, so muss die Testung komplett selbst gezahlt werden*

Hiermit bestätige ich, dass die Testung zu einem der beschriebenen Zwecke durchgeführt wird,

sowie ggf. die Eigenbeteiligung (**bei Testung gemäß § 4a Abs. 1 Nr. 6 oder Nr. 7 TestV**) in Höhe von 3 € geleistet wurde.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der getesteten Person bzw.  
ihres gesetzlichen Vertreters

<sup>2</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/nationale-teststrategie/faq-covid-19-tests.html>

<sup>3</sup> [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/T/Testverordnung/Formblatt-Pflegeeinrichtungen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/T/Testverordnung/Formblatt-Pflegeeinrichtungen.pdf)