

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

Persönliche Daten

Name, Vorname	Geburtsdatum

Straße und Hausnummer, PLZ / Ort

Telefonnummer	Emailadresse (freiwillig)

Grund der Testung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bürgertestung (§4a TestV) | <input type="checkbox"/> Testung von Kontaktpersonen (§2 TestV) |
| <input type="checkbox"/> Testung zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§4 TestV) | <input type="checkbox"/> Testung von Personen nach Auftreten von Infektionen in Einrichtungen und Unternehmen (§3 TestV) |

Übermittlung Testergebnis

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Papierform | <input type="checkbox"/> Übermittlung an die Corona-Warn-App |
|-------------------------------------|--|

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome wie Husten, Fieber, Atemnot oder sonstige Erkältungssymptome? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person bei der ein Corona-Verdacht besteht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Datenschutzinformation

Sehr geehrte(r) Patient/in, im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir **Lux Apotheke Leipzig, Gohliser Str. 24, 04159 Leipzig, Inhaberin: Antje Bethmann** 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/>. 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, Zustimmung/Ablehnung der Übermittlung an die Corona-Warn-App, 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 i.V.m. den darauf beruhenden Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. 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 **Mandy Guzniczak** wenden.

Ich erkläre mich mit der Durchführung des Tests einverstanden, habe die Hinweise (siehe Aushang) gelesen und bestätige gem. § 7 Abs. 5 Satz 1 Nr. 8 TestV die ordnungsgemäße Durchführung des Tests.

Ort, Datum, Uhrzeit:

Unterschrift der getesteten Person bzw. ihres gesetzlichen Vertreters

Unterschrift Apotheker/in

Bescheinigung über das Vorliegen eines positiven oder negativen Antigentest zum Nachweis des SARS-CoV-2-Virus

Confirmation of a positive or negative antigen test to prove existence of the SARS-CoV-2-virus

getestete Person

Person tested

Name, Vorname / Last name, first name	Geburtsdatum / Date of birth

Anschrift Hauptwohnung / Address of primary place of residence

Telefonnummer, Emailadresse / Telephone number, Email address

Durchgeführter Test

Handelsname & Hersteller / Test name & Manufacturer

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hotgen SARS-CoV-2-Antigen Test (Beijing Hotgen Biotech Co.) | <input type="checkbox"/> PocRoc © (Lumigenex) |
| <input type="checkbox"/> Clungene © (Hangzhou) | <input type="checkbox"/> |

.....
Testdatum & Uhrzeit / Test date & time

.....
durchgeführt durch / Test conducted by

Lux Apotheke Inh. Antje Bethmann
Gohliser Str. 24, 04159 Leipzig, Deutschland
testende Stelle, Ort / Testing facility, location

.....
Stempel, Unterschrift / Stamp, signature

Testergebnis / Test result

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> negativ (Negative) | <input type="checkbox"/> positiv * (Positive) |
|---|---|

** Das Zeugnis zum Testergebnis wird bei einem positiven Ergebnis von der testenden Stelle an das örtliche Gesundheitsamt weitergeleitet. Positive results are passed on the local health authority by the testing facility.*