

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

## Persönliche Daten

bitte ausfüllen

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Name, Vorname		Geburtsdatum	
<input type="text"/>			
Straße und Hausnummer, PLZ / Ort			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telefonnummer		Emailadresse (freiwillig)	

## Grund der Testung

bitte ausfüllen  
bitte ankreuzen

### Bürgertestung kostenfrei (§4a TestV)

- Patienten & Besucher in Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen oder Pflegeeinrichtungen  
 Pflegenden Person im häuslichen Umfeld

anderer Grund / 7,50 € pro Test

## Übermittlung Testergebnis

Papierform

Übermittlung an Corona-Warn-App

## 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, 04155 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 (s. Aushang) gelesen und bestätige die ordnungsgemäße Durchführung des Tests. Ich bestätige nach §4a TestV, dass die Voraussetzungen für eine kostenfreie Testung vorliegen und die erforderlichen Nachweise erbracht wurden.**

Leipzig, ..... Uhr

Nachweis erbracht

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift testende Person

✂

## 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*

bitte ausfüllen

## getestete Person

Person tested

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Name, Vorname / Last name, first name		Geburtsdatum / Date of birth	
<input type="text"/>			
Anschrift Hauptwohnung / Address of primary place of residence			
<input type="text"/>			
Telefonnummer, Emailadresse / Telephone number, Email address			

## Durchgeführter Test

Handelsname & Hersteller / Test name & Manufacturer

- Hotgen SARS-CoV-2-Antigen Test (Beijing Hotgen Biotech Co.)  
 Clungene © (Hangzhou)  .....

PocRoc © (Lumigenex)

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

.....  
durchgeführt durch / Test conducted by

.....  
**Lux Apotheke Inh. Antje Bethmann**  
Gohliser Str. 24, 04155 Leipzig, Deutschland

.....  
testende Stelle, Ort / Testing facility, location

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

## Testergebnis / Test result

negativ (Negative)  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.