

## Erklärung

- Hiermit willige ich ein, dass zum Zwecke des SARS-CoV2-Antigen-Schnelltestes eine Probenentnahme mittels Nasopharynx-, Nasal- oder Rachenabstriches durch Mitarbeiter der Agnes-Bernauer-Apotheke entnommen wird.
- Mir ist bewusst, dass die Entnahme durch medizinisch geschultes Personal erfolgt, nicht durch einen Arzt. Ich bestätige, dass ich keine Veränderungen in meinen Nasen/Rachenbereich kenne, die eine Probenentnahme durch einen Arzt erfordern.
- Ich bin darüber informiert worden bezüglich der Aussagekraft eines positiven beziehungsweise negativen Testergebnisses.
- Ich bestätige, dass ich den wöchentlichen kostenlosen Bürgertest in der Testwoche nicht anderweitig in Anspruch genommen habe und meinen Wohnsitz in Deutschland habe.
- Über die datenschutzrechtliche Verarbeitung wurde ich informiert und bin damit einverstanden. Siehe hierzu den Hinweis auf Seite 3 des Testformulars.

*bitte ausfüllen und unterschreiben*

Name: .....

Datum/Unterschrift:.....

## COVID-19-Testung

### in der Agnes-Bernauer-Apotheke

Sehr geehrte Kundinnen und Kunden,

wir freuen uns, dass wir Ihnen die Testmöglichkeit auf eine Corona-Infektion in der Agnes-Bernauer-Apotheke anbieten können. Wir testen mit hochwertigen Antigenschnelltests mit einer **Sensitivität bis zu 95%**. Das Ergebnis liegt in etwa 30min vor.

Getestet wird im Freien vor dem Hintereingang der Apotheke. Gehen Sie hierzu die Einfahrt neben der Apotheke hinein und gleich links am Apothekengebäude entlang.

#### Zwei Möglichkeiten gibt es:

1. **Kostenloser „Bürgertest“**. 1x pro Woche ist aktuell für alle Bürger Deutschlands ein kostenloser Test möglich.
2. Jederzeit können Sie einen **kostenpflichtigen Test** machen. Die Kosten betragen 25 Euro.

Die Tests bieten wir **Mo bis Fr** an. Hierfür ist zwingend ein Termin zu buchen. Die Buchung können Sie selbst online über unsere Website oder untenstehenden QR-Code, telefonisch oder in der Apotheke vornehmen. Hier sind auch die aktuellen Zeiten zu finden zu denen wir testen. Die Tests erfolgen im 5-Minutentakt. Deshalb bitten wir Sie pünktlich am Hintereingang der Apotheke **mit diesem vollständig ausgefülltem Testformular** zu erscheinen.

Eine schriftliche Bestätigung über das Ergebnis erhalten Sie ca. 30min nach dem Test.

[www.ab-apo@gmx.de](mailto:www.ab-apo@gmx.de)

Telefon: 089-575316



# BESTÄTIGUNG / CONFIRMATION

Die untenstehende Person wurde mittels eines Antigentests auf eine Infektion durch SARS-CoV2 (COVID19) getestet. Die verwendeten Tests sind zugelassen entsprechend der Liste des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

The person mentioned below was tested using an antigen test for SARS-CoV2 infection. The utilized test system is approved according to german authorities (BfArM).

bitte selbst leserlich ausfüllen!

**Name:** ..... **Geburtsdatum:** .....  
 Name Date of birth

**Testdatum:** ..... **Uhrzeit:** .....  
 Test date Test time

wird von Apotheke ausgefüllt

**ERGEBNIS:**  **POSITIV**  **NEGATIV**  
 Result positive negative

Stempel/Unterschrift .....

## WICHTIG:

Bei einem **POSITIVEN** Testergebnis informieren wir Sie telefonisch **SOFORT**. Daher ist die korrekte Angabe der Telefonnummer auf der Einwilligungserklärung entscheidend.

Bei einem **NEGATIVEN** Testergebnis melden wir uns **NICHT**. Etwa 30-45 Minuten nach Abstrich können Sie die Bestätigung mit dem Ergebnis in der Apotheke persönlich abholen, oder elektronisch zugeschickt bekommen.

nach dem Test für den Kunden  
verbleibt nach dem Test in Apotheke

# Zum Verbleib in der Apotheke

Untenstehende Daten sowie die rückseitige Erklärung verbleiben in der Apotheke zur Nachweispflicht. Nach einem Jahr werden diese Daten gelöscht.

bitte selbst leserlich ausfüllen!

**Name:** ..... **Geburtsdatum:** .....  
 Name Date of birth

**Mobilnummer:** .....  
 wir müssen Sie erreichen können falls das Ergebnis positiv sein sollte

**Testdatum:** ..... **Uhrzeit:** .....

wird von Apotheke ausgefüllt

**Ergebnis:**  **positiv**  **negativ**

**Probennummer:** ..... **Abstrichnehmer** .....

Abstrich:  **nasopharyngeal**  **oropharyngeal**  **nasal**

wird von Apotheke ausgefüllt bei positivem Ergebnis

Email: .....

Adresse: .....

.....