

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

Die Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erfolgt durch einen Nasopharyngealabstrich/ Nasenabstrich (engl: nasal swab). Der Abstrich erfolgt dabei mit einem in die Nase eingeführtem Wattestäbchen. Dabei kann es selbst bei sorgfältiger Durchführung in Einzelfällen zu Verletzungen wie Reizungen oder leichten Blutungen kommen. Es besteht ebenso die Möglichkeit eines Rachenabstrichs sowie eines Speicheltests. Im Falle eines positiven Antigentestes, hat der Getestete unmittelbar im Anschluss einen PCR-Test durchführen zu lassen und sich danach in häusliche Isolation zu begeben. Ebenso sind wir im Falle eines positiven Testergebnisses verpflichtet, das Testergebnis namentlich dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden. Mit einem negativen Testergebnis kann eine COVID-19-Infektion nicht sicher ausgeschlossen werden. Das von uns erhaltene Ergebnis stellt lediglich den Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung dar.

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

Ich, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,  
wohnhaft in \_\_\_\_\_ (Straße, Hausnr.),  
\_\_\_\_\_ (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.

#### Testgrund ist:

- Testung von Kontaktperson (§ 2 TestV)
- Testung von Personen nach Auftreten von Infektionen in Einrichtungen und Unternehmen (§ 3 TestV)
- Testung zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 4 TestV)
- Bürgertestung (§4a TestV)

#### Übermittlung Testergebnis:

- Papierform
- per E-Mail als PDF-Datei
- Digitales COVID-19-Testzertifikat nach §22 Abs.7 Infektionsschutzgesetz

## Datenschutzinformation



Sehr geehrte/r Patient/in,

aufgrund des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir, die Margareten Apotheke Elena und Peter Pleintinger OHG, als Verantwortliche Ihre personenbezogenen Daten. Wir verarbeiten Ihren Vor- und Nachnamen, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum und ggf. E-Mail-Adresse, damit wir im Falle eines positiven Testergebnisses das zuständige Gesundheitsamt darüber informieren und diesem ihre persönlichen Daten nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 IfSG weitergeben können.

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Um die unmittelbare Kontaktaufnahme des Gesundheitsamtes mit Ihnen sicherstellen zu können, erheben wir die Rufnummer und – sofern angegeben – die E-Mail-Adresse nach Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG.

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, 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. 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 unsere Datenschutzbeauftragte Petra Ammon, Telefonnummer 08554-96110, wenden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Uhr

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der getesteten Person bzw Ihres/r  
gesetzlichen Vertreters/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers

### 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/r  
gesetzlichen Vertreters/in