

### 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.

### Identitätsnachweis:

Personalausweis

Reisepass

→ Ausweisnummer: \_\_\_\_\_

### Selbstauskunft/Nachweis nach §6 Abs 3 Nr. 4 und 5 TestV zur Inanspruchnahme von Testungen nach § 4a TestV/Testgrund:

Außerdem versichere ich (oben genannte Person), dass ich zur folgenden Personengruppe gehöre:

Kinder unter 5 Jahre (§4 Abs. 1 Nr. 1 TestV)

→ Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

Personen, die nicht gegen das Coronavirus geimpft werden können oder in den letzten drei Monaten nicht geimpft werden konnten (aus medizinischen Gründen oder wegen Schwangerschaft im 1. Trimenon) (§4a Abs. 1 Nr. 2 TestV)

Teilnehmer von Impfwirksamkeitsstudien von COVID-19-Impfstoffen (§4a Abs. 1 Nr. 3 TestV)

Isolierte Personen zur Beendigung der Quarantäne (§4a Abs. 1 Nr. 4 TestV)

Besucher, Bewohner oder Patienten vulnerabler Einrichtungen (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, Altenheim) (§4a Abs. 1 Nr. 5 TestV) → Name und Anschrift der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Pflegende Angehörige und weitere Pflegepersonen (im Sinne § 19 Satz 1 SGB XI nach §4a Abs. 1 Nr. 9 TestV)

→ Name der zu pflegenden Person: \_\_\_\_\_

Menschen mit Behinderung, die Unterstützung über das persönliche Budget erhalten (§29 SGB IX)

sowie deren Assistenzkräfte (§4a Abs. 1 Nr. 8 TestV)

→ Name der unterstützten Person: \_\_\_\_\_

Personen, die mit einer mit dem Coronavirus infizierten Person in demselben Haushalt leben (§4a Abs. 1 Nr. 10 TestV)

Isolierte Personen zur Beendigung der Quarantäne (§4a Abs. 1 Nr. 4 TestV)

Personen, die an dem Tag, an dem die Testung erfolgt (§4a Abs. 1 Nr. 6 TestV) (Eigenbeteiligung in Höhe von 3€ sh. §4a Abs. 2 TestV)

eine Veranstaltung in einem Innenraum besuchen werden **oder**

zu einer Person Kontakt haben werden, die

das 60. Lebensjahr vollendet hat **oder**

aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist,  
schwer an COVID-19 zu erkranken

Personen, die durch die Corona-Warn-App des Robert-Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige „erhöhtes Risiko“ erhalten haben (§4a Abs. 1 Nr. 7 TestV) (Eigenbeteiligung in Höhe von 3€ sh. §4a Abs. 2 TestV)

#### Übermittlung Testergebnis:

Papierform

Datei im PDF-Format per per E-Mail

Digitales COVID-19-Testzertifikat (§ 22 Abs. 7 Infektionsschutzgesetz)

Übermittlung an die Corona-Warn-App

Device-ID des PoC-Antigentests: \_\_\_\_\_

Die o.g. Eigenbeteiligung von 3 € wurde entrichtet

Die durch die Testperson vorgenommenen personenbezogenen Angaben wurden seitens der Teststelle auf Richtigkeit überprüft.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Testenden

### 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.

Falls die Ausstellung eines digitalen COVID-19-Testzertifikats und/oder die Übermittlung Ihres Testergebnisses an die Corona-Warn-App erwünscht ist, verwenden wir hierfür das offizielle System des Robert-Koch-Instituts (RKI). Das RKI ist Verantwortlicher für die Datenverarbeitung in diesem System. Nähere Datenschutzinformationen können Sie direkt in der Corona-Warn-App oder unter <https://www.coronawarn.app/de/privacy/> erhalten.

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, 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 bis 9, §7a TestV i. V. m. den darauf beruhenden Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt gemäß § 7 Abs. 5 Satz 4 TestV nach dem 31. Dezember 2024. Die Bescheinigung über das Testergebnis, sowie bei positiver Testung der Nachweis der Meldung an das Gesundheitsamt werden gemäß §7 Abs. 5 Satz 4 TestV zu. 31.12.2022 gelöscht.

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 per Email an [p.pleintinger@t-online.de](mailto:p.pleintinger@t-online.de) wenden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Uhr

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der getesteten Person bzw.

Ihres/r gesetzlichen Vertreters/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der für die Durchführung

verantwortliche Person

### Auszufüllen nach Durchführung des Tests:

Ich bestätige gem. § 7 Abs. 5 Satz 1 Nr. 8 TestV die ordnungsgemäße Durchführung des Tests.

**Bei Testung gemäß §4a Abs. 1 Nr. 6 oder Nr. 7 TestV:** Die Testung wurde zu einem der beschriebenen Zwecke unter Eigenbeteiligung in Höhe von 3 € durchgeführt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der getesteten Person bzw.

Ihres/r gesetzlichen Vertreters/in