

Bitte vor dem Test
nicht rauchen, essen
oder trinken
(ca. 30 Min. vorher)
Personalausweis
nicht vergessen!



Im Testzentrum
auszufüllen:

Proben Nr.
Datum: Uhrzeit:
<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> §4a <input type="checkbox"/> §3 <input type="checkbox"/> §2 <input type="checkbox"/> §4
<input type="checkbox"/> Nasenabstrich <input type="checkbox"/> Sonstiges
Ergebnisübermittl: <input type="checkbox"/> Besch. <input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> mündl. <input type="checkbox"/> CWA mit Name <input type="checkbox"/> CWA o. Name <input type="checkbox"/> Digit. Testzert.
<input type="checkbox"/> Safecaretest AT376/21 <input type="checkbox"/> Sonstiges

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

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasalabstrich durchgeführt. Dafür wird die Probe durch einen Abstrich mittels eines in die Nase eingeführten Wattestäbchens genommen. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen.

Ist der Antigen test positiv, hat der Getestete unverzüglich ein PCR-Test durchführen zu lassen und sich in häusliche Quarantäne zu begeben.

Im Falle eines positiven Testergebnisses ist die Apotheke verpflichtet, das Testergebnis namentlich dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden.

Ein negatives Testergebnis bedeutet nicht, dass eine COVID-19-Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Das Ergebnis stellt lediglich den Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung dar.

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

Ich, _____, geboren am _____,

wohnhaft _____ (Straße), _____ (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.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte Testperson,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir (Marienapotheke Hünfeld, Klaus Ohlendorf) als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Namen, 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.

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

Im Rahmen der Abrechnung wird wir gesetzlich verpflichtet, die folgenden Daten von Ihnen zu speichern: Vor- u. Nachname, Geburtsdatum, Anschrift, Art der Leistung, Testgrund nach §§2-4a, Tag, Uhrzeit, Testergebnis, Test-ID, Weg der Ergebnismitteilung, Zustimmung/Ablehnung zur CWA-Übermittlung, Nachweis zur Übermittl. eines positiven Testergebnisses an das Gesundheitsamt sowie die Bestätigung zur Durchführung des Tests. Diese Daten werden zur Abrechnung nicht an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung übermittelt, können aber im Rahmen einer evtl. Abrechnungsprüfung verwendet werden. Rechtsgrundlage ist Art.9 Abs.2 lit. b DSGVO i.V. m. §7 Abs. 5 u.6, §7a TestV i.V.m.darauf beruhenden Vorgaben der Kassenärztl. Bundesvereinigung. Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt gem. §7 Abs.5 Satz1 TestV nach dem 31.12.2024

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 (Heidi Ehniss, Limburger Str. 46c, 61462 Königstein) wenden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Testperson / gesetzl. Vertreter

Unterschrift ApothekerIn

2. Unterschrift nötig: Der Test wurde durchgeführt: _____ (Unterschrift Testpers.)



Bescheinigung über das Testergebnis des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 in der Apotheke

Es wird das Vorliegen eines	
<input type="checkbox"/> positiven Antigentests	Kontakttelefonnummer Testperson:
<input type="checkbox"/> negativen Antigentests	
bescheinigt für:	
Name	Vorname
Anschrift	Geburtsdatum
Der PoC-Antigentest auf SARS-CoV-2 wurde durchgeführt von:	
Name	Vorname
Name, Anschrift und Kontaktdaten der Apotheke Apotheke am Niedertor Niedertor 18 36088 Hünfeld Tel. 06652-96170	-Stempel-
Bezeichnung des verwendeten Antigentests Safecare Covid-19 Antigen Rapid Test (Swab) Test ID AT 376/21 Nasalabstrich	

Testdatum, Uhrzeit

Unterschrift Tester/Testerin

Bitte beachten Sie:

Bei Vorliegen eines positiven Testergebnisses auf SARS-CoV-2 begeben Sie sich bitte umgehend in häusliche Quarantäne und kontaktieren Sie zur weiteren Diagnostik und Behandlung telefonisch Ihren Hausarzt.

Bei Vorliegen eines negativen Testergebnisses auf SARS-CoV-2 halten Sie sich bitte weiterhin an die geltenden AHA-Regeln (Abstand halten – Hygiene beachten – Alltagsmaske tragen), da dieses Ergebnis nur eine Momentaufnahme darstellt und der Test keine 100%ige Sicherheit bietet.

Treten bei Ihnen typische Symptome einer COVID-19-Infektion auf, kontaktieren Sie bitte telefonisch Ihren Hausarzt oder außerhalb der Sprechzeiten den ärztlichen Bereitschaftsdienst unter 116 117. Bei Lebensgefahr, wie starker Atemnot, wenden Sie sich an die 112.