



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

Der Anspruch auf Durchführung eines SARS-CoV-2-Antigen-Schnelltests in der Apotheke besteht nur dann, wenn der Grund für die Testung dem Leistungserbringer dargelegt wurde und bei Testungen nach § 4a Abs. 1 Nr. 6 und 7 TestV darüber hinaus von der zu testenden Person folgende zu unterzeichnende Selbstauskunft abgegeben wird.

Ich, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,  
wohnhaft \_\_\_\_\_ (Straße), \_\_\_\_\_ (PLZ, Ort),  
Telefon \_\_\_\_\_, E-Mail (freiwillig) \_\_\_\_\_

**Personalausweisnummer:** \_\_\_\_\_

habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu. Ich bestätige im Weg der Selbstauskunft nach § 6 Abs. 3 Nr.5 TestV, dass ich zu einer der unten genannten Gruppen zähle (zutreffendes bitte ankreuzen):

Anspruch auf kostenlosen Test:

- Mitarbeiter/Besucher von Arzt (Krankenhaus) /Pflegeheim
- Personen, die die Absonderung durch eine nachgewiesene Infektion beenden wollen
- Personen, die sich aufgrund medizinischer Kontraindikationen nicht impfen lassen können
- Schwangere (1. Trimenon)
- Kinder, die das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Anspruch auf einen Test unter Eigenbeteiligung von 3€:

- heutiger Besuch einer Veranstaltung in einem Innenraum oder einer Person ab 60 Jahren oder einer Person mit Vorerkrankung oder Behinderung mit einem hohen Risiko, schwer an Covid- 19 zu erkranken
- Warnung der Corona-Warn- App (Status „erhöhtes Risiko“)
- Personen, die mit einem Infizierten in einem Haushalt leben
  
- Selbstzahler

## Übermittlung Testergebnis

Papierform

Test-ID des PoC-Antigentests<sup>1</sup>: 2109

Datei im pdf-Format per E-Mail

### Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir **[Marien-Apotheke, Hochstr. 107, 52525 Heinsberg, Stefan Büllesbach]** 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.

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 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 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 Bescheinigung über das Testergebnis, sowie bei positiver Testung der Nachweis der Meldung an das Gesundheitsamt werden gemäß § 7 Abs. 5 Satz 4 TestV zum 31. Dezember 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 unseren Datenschutzbeauftragten **[Krause Sicherheitstechnik & Datenschutz GmbH, Alter Weg 25, 58091 Hagen]** wenden.

Ort, Datum, Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Ich bestätige gem. § 7 Abs. 5 Satz 2 Nr. 8 TestV die ordnungsgemäße Durchführung des Tests, die Leistung der Eigenbeteiligung und versichere, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind.

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

<sup>1</sup> Liste der Antigen-Tests des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte:  
<https://antigentest.bfarm.de/ords/f?p=110:100:3253130695606::::&tz=2:00>