

St. Hubertus-Apotheke

Testzentrum Stadthalle Am Rathaus 1 16540 Hohen Neuendorf

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

Hinweise zur Testdurchführung

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird eine Probenentnahme aus Nase oder Mund/Rachen mittels eines Wattestäbchens durchgeführt oder eine Speichelprobe entnommen. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in Einzelfällen zu Reizungen (z. B. Niesen, Brennen, Tränen der Augen) oder Verletzungen wie leichten Blutungen kommen.

Ist der Antigentest positiv, hat der/die Getestete unverzüglich einen 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. Grundlage ist die Coronavirus-Testverordnung (TestV) vom 29.6.2022.

Ich, _____ (Name, Vorname), 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. Die Datenschutzinformationen als Bestandteil dieser Erklärung habe ich zur Kenntnis genommen und stimme diesen ebenfalls zu.

Hohen Neuendorf, den _____

Unterschrift der getesteten Person bzw.
gesetzliche/r Vertreter/in

Unterschrift getestete Person bzw. ges. Vertreter/in
als Bestätigung der Testdurchführung gem. § 7 TestV

Wird vom Testzentrum ausgefüllt:

- Testergebnis negativ
- Testergebnis positiv

Testzeit:

Testgrund

- Bürgertestung (§ 4a TestV)
- Testung von Kontaktpersonen (§ 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)

Übermittlung Testergebnis

- Papierform
- Datei im PDF-Format (Mail)
- Digitales COVID-19-Testzertifikat nach § 22 Abs. 7 Infektionsschutzgesetz
- Übermittlung an die Corona-Warn-App

(Fassung 07.2022)

TESTGRUND:

- Kind < 5 Jahre (Geburtsurkunde¹, Kinderreisepass) (§ 4a Abs. 1 Nr. 1 TestV),
- medizinische Kontraindikation zum Zeitpunkt der Testung oder in den letzten drei Monaten zuvor, die einer COVID-19-Impfung entgegensteht, insbesondere Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel (ärztliches Zeugnis, ggf. Mutterpass) (§ 4a Abs. 1 Nr. 2 TestV),
- Teilnehmer*in innerhalb der letzten drei Monate bis zur Testung von klinischer Studie zur Wirksamkeit von COVID-19-Impfstoffen (Nachweis über die Studienteilnahme) (§ 4a Abs. 1 Nr. 3 TestV),
- Testung zur Aufhebung der Absonderung nach nachgewiesener COVID-19-Infektion (Absonderungsnachweis des Gesundheitsamts oder positiver NAT-Testnachweis) (§ 4a Abs. 1 Nr. 4 TestV),
- Person, die mit einer SARS-CoV-2 infizierten Person in einem Haushalt lebt (positiver NAT-Testnachweis der infizierten Person) (§ 4a Abs. 1 Nr. 10 TestV),
- Besucher*in, Behandelte*r oder Bewohner*in gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 TestV, ggf. schriftliche Bestätigung² (§ 4a Abs. 1 Nr. 5 TestV),
- Leistungsberechtigte*r nach § 29 SGB IX, die*der Person(en) im Rahmen des persönlichen Budgets beschäftigt, sowie die beschäftigte Person im Rahmen des persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX (§ 4a Abs. 1 Nr. 8 TestV),
- Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI, die Pflegebedürftige nicht erwerbsmäßig in ihrer häuslichen Umgebung pflegen (§ 4a Abs. 1 Nr. 9 TestV),
- am selben Tag der Testung Besucher*in einer Veranstaltung in einem Innenraum (Eintrittskarte) und/oder einer Person ≥ 60 Jahre und/oder einer Person, die aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken (§ 4a Abs. 1 Nr. 6 TestV, **Eigenanteil von 3 €**),
- Person, die durch die Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten hat (§ 4a Abs. 1 Nr. 7 TestV, **Eigenanteil von 3 €**).

Diese Angaben sind durch entsprechende Dokumente zu belegen (z.B. amtlicher Lichtbildausweis, ärztliches Attest, Mutterpass, positiver Test, Eintrittskarte, Corona-Warn-App, Testergebnis und Nachweis des Wohnortes).

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.

Datum

Unterschrift der getesteten Person
bzw. gesetzliche/r Vertreter/in

¹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/nationale-teststrategie/faq-covid-19-tests.html>

² https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/T/Testverordnung/Formblatt-Pflegeeinrichtungen.pdf

³ Antigen-Tests, der vom Gesundheitssicherheitsausschuss der Europäischen Union beschlossenen gemeinsamen Liste von Corona-Antigen-Schnelltests (Common RAT List des HSC, Annex I, Device-ID) https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-06/covid-19_rat_common-list_en_0.pdf