

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

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

habe die unten aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2
gelesen und stimme der Durchführung zu.

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome wie **Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome**? Ja Nein
2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber? Ja Nein
3. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt? Ja Nein
4. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona- Verdacht besteht? Ja Nein
5. Grund der Testung: _____

Lichtbildausweis vorgelegt

Ergebnismitteilung:

- Zertifikatsmitgabe
- Zertifikat per Mail übersendet
- Zertifikatsübermittlung per Corona Warn-App

Wird bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 ein Nasopharyngealabstrich durchgeführt, wird dafür 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 **Antigentest 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. Sollten trotzdem Symptome auftreten wie Fieber, Kopfschmerzen, Husten Geschmacks-/Geruchsverlust, ist eine PCR-Testung nötig. Tragen Sie weiter Maske, halten Sie Abstand, führen Sie die Hygiene-Maßnahmen durch.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,
im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir, Sonnen-Apotheke Frankfurt, 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. Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt im Fall einer positiven Testung nach 4 Wochen. 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. Die Löschung Ihrer Daten bei Negativtestung erfolgt unverzüglich nach Ergebnismitteilung.

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 Herrn Stefan Schwarz, datenschutz@pc-mentor.de wenden.

Mit der Einverständniserklärung wird die Zustimmung beziehungsweise Ablehnung der zu testenden Person zur Übermittlung des Testergebnisses in die Corona Warn-App dokumentiert. Die personenbezogenen Daten bis zum 31. Dezember 2024 in der Apotheke gespeichert werden. Wenn Sie die Ausstellung eines digitalen Testzertifikats und die Übermittlung des Ergebnisses an die CWA wünschen, wird hierfür das offizielle System des Robert-Koch-Instituts (RKI) genutzt. Verantwortlicher für diese Datenverarbeitung ist das RKI, nicht die Apotheke.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers

Termine

Datum	Uhrzeit (Uhr)	Name
	14.00	
	14.05	
	14.10	
	14.15.	
	14.20	
	14.25	
	14.30	
	14.35	
	14.40	
	14.45	
	14.50	
	14.55	
	14.00	
	14.05	
	14.10	
	14.15.	
	14.20	
	14.25	
	14.30	
	14.35	
	14.40	
	14.45	
	14.50	
	14.55	
	14.00	
	14.05	
	14.10	
	14.15.	
	14.20	
	14.25	
	14.30	
	14.35	
	14.40	
	14.45	
	14.50	
	14.55	
	14.00	
	14.05	
	14.10	
	14.15.	
	14.20	
	14.25	
	14.30	
	14.35	
	14.40	
	14.45	
	14.50	
	14.55	