

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

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, stimme der Durchführung zu.

Testgrund ist

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

Übermittlung Testergebnis

- Papierform
- Datei im pdf-Format per E-Mail
- Digitales COVID-19-Testzertifikat nach § 22 Abs. 7 Infektionsschutzgesetz

Datenschutzinformationen zur Durchführung einer SARS-CoV-2-Testung in unserer Apotheke

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen der Durchführung einer SARS-CoV-2-Testung verarbeiten wir [Saale-apotheke Katrin Brunner e.K., Kirchenlamitzer Str. 1, 95126 Schwarzenbach an der Saale. Tel 09284 949000, E-Mail: info@saale-apo.de] als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Dies erfolgt zum Zweck der Durchführung einer SARS-CoV-2-Testung und der damit verbundenen Ergebnismitteilung, einer Abrechnungs- und Leistungsdokumentation sowie gegebenenfalls zur Durchführung einer Meldung an das zuständige Gesundheitsamt im Falle eines positiven Testergebnisses. Wir verarbeiten dabei die nachfolgenden personenbezogenen Daten über Ihre Person:

Vor- und Nachname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer und ggf. E-Mail-Adresse, Datum und Uhrzeit der Testung, Ergebnis der Testung und den Mitteilungsweg der Ergebnismitteilung, die schriftliche oder elektronische Bestätigung von Ihnen oder Ihres gesetzlichen Vertreters zur Durchführung des Tests sowie im Falle eines positiven Testergebnisses einen Nachweis der Meldung an das zuständige Gesundheitsamt.

Die Aufbewahrung dieser Dokumentation ist für uns gesetzlich vorgeschrieben und wird bis zum 31.12.2024 gespeichert bzw. aufbewahrt und anschließend gelöscht.

Für den Fall, dass Ihr Testergebnis positiv ausfällt, müssen wir das zuständige Gesundheitsamt darüber informieren und diesem ihre persönlichen Daten auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. c), Art. 9 Abs. 2 lit. i) DS-GVO, i.V.m. §§ 6 ff. IfSG übermitteln.

Rechtsgrundlage der Verarbeitung in Zusammenhang mit der Durchführung der Testung ist grundsätzlich Art. 6 Abs. 1 lit. b), Art. 9 Abs. 2 lit. h) DS-GVO i.V.m. § 7 Abs. 5 TestV.

Die Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne die für den Test erforderlichen Daten können wir diesen 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 DS-GVO genannten Gründe vorliegt, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Sie haben zudem das Recht auf Datenübertragbarkeit, das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung sowie auf Einschränkung der Verarbeitung. Ferner haben Sie das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten wenden. Diesen erreichen Sie unter den nachfolgenden Kontaktdaten: DeltaMed Süd, Untere Gasse 9, 71642 Ludwigsburg, Telefon: 07141-97457-0, E-Mail: dsb@deltamedsued.de.

Ort, Datum, Uhrzeit: _____

Unterschrift der getesteten Person bzw. ihres/r gesetz-
lichen Vertreters/in

Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers

Auszufüllen nach Durchführung des Tests:

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

Unterschrift der getesteten Person bzw.
ihres gesetzlichen Vertreters