

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

# Bartenwetzler/Rosen Apotheke

(COVID-19 rapid antigen test result certificate)\*

Ein <input type="checkbox"/> negatives ( <i>negative</i> ) <input type="checkbox"/> positives ( <i>positive</i> ) COVID-19 Testergebnis wird bescheinigt für: (COVID-19 rapid antigen test result is certified for:)		
Nachname (Surname)	Vorname (First Name)	
Adresse (Address)	Geburtsdatum (Date of Birth)	Geschlecht (Gender) <input type="checkbox"/> weiblich (female) <input type="checkbox"/> männlich (male) <input type="checkbox"/> divers (diverse)
Der PoC-Antigentest auf SARS-CoV-2 wurde durchgeführt von:		
Probennahmeverfahren (Sample origin) <input type="checkbox"/> Nasopharyngealabstrich (nasopharyngeal swab) <input type="checkbox"/> Rachenabstrich (oropharyngeal swab) <input type="checkbox"/> Nasenabstrich (nasal swab) <input type="checkbox"/> Speichel (saliva) <input type="checkbox"/> anderes (other):	Stempel Apotheke	
Testsealabs COVID- 19 Antigen		
Schnelltest Kassette		
Hersteller: Hangzhou Testsea Biotechnology CO. Ltd		
Test- ID: <b>AT 082/20</b>		

Uhrzeit der Testung: \_\_\_\_\_  
(*time of testing*)

Datum, Unterschrift Apotheke: \_\_\_\_\_  
(*date of testing, Sign Pharmacy*)

**Bitte beachten Sie die Hinweise auf der folgenden Seite.**

(Please follow the advice on next page\* complies with ANNEX II: Common standardised set of data to included in COVID-19 test result certificates, as agreed by Member States on 17 February 2021

**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.

**Please note:**

In the event of a positive test result for SARS-CoV-2, please immediately enter quarantine at home and contact your primary care physician by telephone for further diagnosis and treatment.

If the test result is negative for SARS-CoV-2, please continue to follow the applicable rules (keep your distance - observe hygiene - wear a medical mask), as this result is only reliable for a short time and the test does not provide 100% certainty.

If you develop typical symptoms of a COVID-19 infection, please call your primary care physician or the medical on-call service outside office hours on 116 117. In case of danger to life, such as severe respiratory distress, contact 112.

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

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_,

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.

## 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

## Ergebnis der Testung

- negativ
- positiv

Testsealabs Gica Chek/ Hangzhou Testsea Biotechnology CO. LTD (Test-ID: AT 082/20)

### Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,  
im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir Bartenwetter Apotheke, Rotenburger Str.9 34212 Melsungen, Dr. Alexander Schröder 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. Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt gemäß § 7 Abs. 5 Satz 1 TestV nach dem 31. Dezember 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 A.Stieglitz, Rotenburger Str.9 34212 Melsungen wenden.

Datum, Uhrzeit: Melsungen, \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_

**Unterschrift der getesteten Person bzw. ihres/r gesetzlichen Vertreters/in**

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

**Unterschrift der Apotheke**

Bartenwetter/ Rosen Apotheke Melsungen