

Selbstauskunft / Nachweis zur Inanspruchnahme von Testungen nach § 4a TestV

Name:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Hiermit versichere ich, dass ich zu folgender Personengruppe gehöre:

- 4a Absatz 1 Nr. 1 TestV:** Kinder unter 5 Jahren, also bis zu ihrem fünften Geburtstag
- §4a Absatz 1 Nr. 2 TestV:** Personen, die sich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen können, unter anderem Schwangere im ersten Trimester
- §4a Absatz 1 Nr. 3 TestV:** Personen, die zum Zeitpunkt der Testung an klinischen Studien zur Wirksamkeit von Impfstoffen gegen das Coronavirus teilnehmen
- §4a Absatz 1 Nr. 4 TestV:** Personen, bei denen ein Test zur Beendigung der Isolierung erforderlich ist - „Freitesten“ (positiver PoC oder PCR-Test liegt vor)
- §4a Absatz 1 Nr. 5 TestV:** Personen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 Besucher und Behandelte oder Bewohner in unter anderem folgenden Einrichtungen: Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen für ambulante Operationen, Dialysezentren, ambulante Pflege, ambulante Dienste oder stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Tageskliniken, Entbindungskliniken, ambulante Hospizdienste und Palliativversorgung
- §4a Absatz 1 Nr. 6 TestV:** Personen, die an dem Tag, an dem die Testung erfolgt,
- eine Veranstaltung in einem Innenraum besuchen werden **oder**
 - zu einer Person Kontakt haben werden, die das 60. Lebensjahr vollendet hat **oder**
 - aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken
- Die Eigenbeteiligung i. H. v. 3,00 Euro wird entrichtet (siehe § 4a Abs. 2 TestV)**
- §4a Absatz 1 Nr. 7 TestV:** Personen, die durch die Corona-Warn-App des Robert-Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten haben.
- Die Eigenbeteiligung i. H. v. 3,00 Euro wird entrichtet (siehe § 4a Abs. 2 TestV)**
- §4a Absatz 1 Nr. 8 TestV:** Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch Personen beschäftigen, sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch beschäftigt sind.
- §4a Absatz 1 Nr. 9 TestV:** Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch
- 4a Absatz 1 Nr. 10 TestV:** Personen, die mit einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person in demselben Haushalt leben

Ort, Datum

Unterschrift der Testperson

Hinweis: amtlicher Lichtbildausweis, ärztliches Attest, Mutterpass, positiver Test, Corona-Warn-App, Testergebnis und Nachweis des Wohnortes lege ich der Teststelle vor.

Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasopharyngealabstrich durchgeführt. Dafür wird 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 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.

Übermittlung Testergebnis:

- Papierform
- Übermittlung an die Corona-Warn-App
- digitales COVID-19-Testzertifikat nach §22 Abs. 7 Infektionsschutz

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

Ich, _____, geboren am _____,

wohnhaft (Straße), _____ (PLZ, Ort), _____

Tel. _____

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

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,
im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir **Bahnhof-Apotheke, Inh. Sigrid Kölling, Bahnhofstr. 11, 27432 Bremervörde** 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.

Wenn Sie die Ausstellung eines digitalen COVID-19-Testzertifikats und/oder die Übermittlung Ihres Testergebnisses an die Corona-Warn-App wünschen, nutzen wir hierfür das offizielle System des Robert-Koch-Instituts (RKI). Das RKI ist Verantwortlicher für die Datenverarbeitung in diesem System. Nähere Datenschutzinformationen erhalten Sie direkt in der Corona-Warn-App oder unter <https://www.coronawarn.app/de/privacy/>.

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, Zustimmung/Ablehnung der Übermittlung an die Corona-Warn-App, 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 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 **Christian Bals** wenden.

Ort, Datum _____

Unterschrift (Testperson ggf. Erziehungsberechtigten)

Auszufüllen nach der Durchführung des Tests:

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

Unterschrift der getesteten Person ggf.
des Erziehungsberechtigten

Von der Apotheke auszufüllen

Testergebnis vom:

- negativ Durchgeführt von: _____ Uhrzeit: _____
 positiv _____ _____

Verwendete:

- Green Spring AT 417/20