

## **Erklärung und Hinweise zur Durchführung eines PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 in der Schiefer-Apotheke lt. Testverordnung vom 01.07.21**

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein:

- Nasopharyngealabstrich (Nasen-Rachen-Abstrich)
- Abstrich im vorderen Nasenbereich 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 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.

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.

- Der durchgeführte Test erfolgt im Auftrag des Gesundheitsamtes gem. §4a TestV als sog. Bürger-test. Der Test ist in diesem Fall für die zu testende Person kostenlos.
- Mir ist bekannt, dass ich die Kosten für den Test selbst tragen muss.

### **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**

- schriftlich in Papierform
- Datei im pdf-Format per E-Mail
- Digitales COVID-19-Testzertifikat nach § 22 Abs. 7 Infektionsschutzgesetz
- Übermittlung an die Corona-Warn-App

#### **Datenschutzinformation**

Sehr geehrte/r Patient/in,  
im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir, die **Schiefer-Apotheke, Bahnhofstraße 7, 96523 Steinach** 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.

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, 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 uns wenden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der getesteten Person bzw.  
ihres/r gesetzlichen Vertreters/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers

### Testdurchführung:

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

Persönliche Test-ID: \_\_\_\_\_

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

Abstrichmethode: \_\_\_\_\_

Testergebnis: \_\_\_\_\_

Genutzter Test: SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test (Nase-Rachen/NR) bzw. Nasal (NA)  
Von Roche SD Biosensor  
BfArM Test-ID: AT004/20 bzw. AT307/21

Charge Test-Kit/Puffer: \_\_\_\_\_

Der Test erfolgte während unserer Öffnungszeiten: Montag – Freitag 8:00 – 18:30 Uhr  
Samstag 8:00 – 12:00 Uhr

Durch einen geschulten Mitarbeiter (Name): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Testdurchführenden