

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

Ich,..... (Name, Vorname), geboren am,.....

wohnhaf,..... (Straße),.....PLZ, Ort),

Telefon..... E-Mail (freiwillig).....

habe die Hinweise zum PoC- Antigen-Test auf SARS-CoV-2 zur Kenntnis genommen und stimme der Durchführung zu.

Testgrund ist:

Selbstauskunft: Hiermit bestätige ich, daß der von mir angegebene Testgrund der Wahrheit entspricht:

3 € bezahlt nach §4a Nr. 6 u.7: **ja/ nein**

.....

Unterschrift

Übermittlung Testergebnis:

- Papierform
- Datei im pdf- Format per E-Mail /App

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir 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 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 31.12.2024.

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 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 wenden.

Ort, Datum, Uhrzeit:

Unterschrift der zu testenden Person bzw. gesetzlichen Vertreters

X.....

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 bzw. gesetzlichen Vertreters

X.....

Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers

.....