

Testergebnis:



Apothekerin
Christiane Jung eKfr.
Inhaberin
Stötteritzer Landstraße 28
04288 Leipzig
Tel.: 034397 42 496
Fax: 034397 13 240
info@apo-holzhausen.de
www.apo-holzhausen.de
USt-Identifikationsnummer: DE 267 795 599

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 Antigen test 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.

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 und stimme der Durchführung zu.

Übermittlung Testergebnis

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

Testart

- Antigenschnelltest nach TestV (Bitte Testgrund auf Seite 2 angeben!)
- Antigenschnelltest Selbstzahler
- Bestätigungs-PCR nach positivem Antigen test (§4b TestV)
- Privatzahler-PCR (Individuelle Gesundheitsleistung)

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

Hiermit versichere ich, _____ (Vorname) _____ (Nachname), dass ich zu einer der folgenden Personengruppen gehöre:

- §3 TestV:** Asymptomatische Personen nach Auftreten von Infektionen in Einrichtungen und Unternehmen, wie z.B. Kindertageseinrichtungen, Tageskliniken, Arztpraxen, Pflegeheime (Nachweis über Bezug zur Einrichtung)
- §4 TestV:** Personen, die in Einrichtungen und Unternehmen aufgenommen werden sollen oder Personen, die in Obdachlosenunterkünften, Flüchtlingsseinrichtungen, stationären Einrichtungen, oder ambulanten Diensten der Eingliederungshilfe tätig werden sollen oder sind (Nachweis, dass die Einrichtung eine Testung verlangt)
- §4a Absatz 1 Nr. 1 TestV:** Kinder unter 5 Jahren, also bis zu ihrem 5. Geburtstag (Kopie Geburtsurkunde o.Ä.)
- §4a Absatz 1 Nr. 2 TestV:** Personen, die sich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen können, unter anderem Schwangere im ersten Trimester (ärztliches Attest)
- §4a Absatz 1 Nr. 4 TestV:** Personen, bei denen ein Test zur Beendigung der Isolierung erforderlich ist – „Freitestung für medizinisches Personal“ (Beschäftigungsnachweis + Nachweis über positiven PCR- oder PoC-Test)
- §4a Absatz 1 Nr. 5 TestV:** Besucher, 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 (Nachweis in glaubhafter Form zu erbringen)
- §4a Absatz 1 Nr. 6 TestV:** Personen, die an dem Tag, an dem die Testung erfolgt,
- eine Veranstaltung in einem Innenraum besuchen werden (Konzert o.Ä.)
 - zu einer Person Kontakt haben werden, die das 60. Lebensjahr vollendet hat
 - zu einer Person Kontakt haben werden, die aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist an COVID-19 zu erkranken
- Die Eigenbeteiligung i.H. von 3,00 € wurde/ 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. von 3,00 € wurde/ wird entrichtet (siehe §4a Abs. 2 TestV).**
- §4a Absatz 1 Nr. 8 TestV:** Personen, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden und in deren Haushalt Beschäftigte, gemäß §29 des SGB IX (Nachweis in glaubhafter Form zu erbringen)
- §4a Absatz 1 Nr. 9 TestV:** Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des SGB XI, also eine nicht erwerbmäßige Pflgetätigkeit in einem häuslichen Umfeld (Nachweis der Pflegestufe der zu pflegenden Person o.Ä.)
- §4a Absatz 1 Nr. 10 TestV:** Personen, die mit einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person in demselben Haushalt leben (Nachweis positiver PCR-Test + Nachweis über gleiche Anschrift)

Ort, Datum

Unterschrift der Testperson

Bestätigung über Erbringen der erforderlichen Nachweise/ Entrichten der Zahlung: _____

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir **Apotheke Holzhausen Stötteritzer Landstraße 28 04288 Leipzig, Inh. Frau Christiane Jung** 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, 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 Bescheinigung über das Testergebnis, sowie bei positiver Testung der Nachweis der Meldung an das Gesundheitsamt werden gemäß § 7 Abs. 5 Satz 4 TestV zum 31. Dezember 2022 gelöscht.

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 die Inhaberin Frau Jung wenden.

¹ Liste der Antigen-Tests des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte:
<https://antigentest.bfarm.de/ords/f?p=110:100:3253130695606::::&tz=2:00>

Ort, Datum, Uhrzeit: _____

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

Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers

Auszufüllen nach Durchführung des Tests:

Ich bestätige gem. § 7 Abs. 5 Satz 2 Nr. 8 TestV die ordnungsgemäße Durchführung des Tests.

Unterschrift der getesteten Person bzw.
ihres gesetzlichen Vertreters