

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 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.

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

Ich, _____, geboren am _____

wohnhaft _____ (Straße),

_____ (PLZ, Ort),

Telefon _____, E-Mail _____,

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

Testgrund für kostenlosen Test

- Kinder bis 5 Jahre (Nr.1)
- Pers., (insbesondere Schwangere) mit original ärztlichem Impfstatt, die nicht geimpft werden können (Nr.2)
- Personen, die an klinischen Studien von Impfstoffen gegen Corona teilnehmen (Nr. 3)
- Freitestung mit original PCR-Test Beleg (Nr. 4)
- Besucher, Bewohner, Behandelte einer Einrichtung gem. §23 IfSchG (Nr. 5)
- Pers. In häuslicher Pflege und deren Pflegepersonal
erwerbsmäßig (Nr. 8)
nicht erwerbsmäßig (Nr. 9)
- Kontaktpersonen (positiver PCR-Test) im Haushalt lebend (Nr. 10)

Oder Testgrund für 3€ Zuzahlung oder Selbstzahler (9,90€)

- Konzerte/Veranstaltungen/Familienfeiern (Nr. 6)
Veranstaltungen (a)
Personenkontakt >60 J. (b. aa)
Personenkontakt Vorerkrankung (b. bb)
- Personen mit einer roten Corona-WarnApp-Benachrichtigung (Nr. 7)
- Selbstzahler

Testgrund bitte ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift der Apothekenmitarbeiter/in

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC - Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir die Zauberwald/Königswald – Apotheke Dresden 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 Verantwortlichen für Datenschutz wenden.

Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Testübermittlung: Papierform
 Datei im pdf-Format per E-Mail
 QR-Code per APP

Sehr geehrte Damen und Herren, aufgrund der aktuellen Corona-Virus-Situation möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: wie Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome ?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona- Verdacht besteht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient

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

Unterschrift der getesteten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters

wird durch die Apotheke ausgefüllt:

TestID

- AT079/20 Clungene Rapid Test, Hangzhou Clongene Biotech Co., LTD
- AT417/20 Medrhein-Green Spring, Shenzhen Lvshiyuan Biotechnology Co. LTD
- AT108/20 Watmind Human Lolly, Shenzhen Watmind Medical Co, Ltd
- AT004/20 Roche, SD Biosensor Inc. Yeongtong-gu, Suwan-si, Gyeonggi-do 16690

Testergebnismitteilung:

- in Papierform
- elektronisch