

### Hinweise zur Testung auf SARS-CoV-2 mittels PoC-Antigentest/PoC-PCR-Test/PCR-Test

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests, PCR-Tests sowie PoC-PCR-Tests (NAT-PCR) auf SARS-CoV-2 wird ein Naso- und Oropharyngealabstrich durchgeführt. Dafür wird die Probe durch einen Abstrich mittels eines in die Nase und danach in den Rachen eingeführten Wattestäbchens genommen. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen.

Ist der PoC-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 (Point of Care; PoC).

### Erklärung zur Durchführung eines PoC-Antigentests/PoC-PCR-Tests/PCR-Tests auf SARS-CoV-2

Ich, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft (Straße) \_\_\_\_\_, (PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_, E-Mail \_\_\_\_\_

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

### Testgrund ist:

- PoC-Antigentest (kostenloser Bürgertest)** (Bitte Selbstauskunft ausfüllen)
  - Kind bis zum 5. Lebensjahr (§4a Abs. 1 **Nr. 1** TestV)
  - Schwangere (§4a Abs. 1 **Nr. 2** TestV)
  - med. ungeimpft (§4a Abs. 1 **Nr. 2** TestV)
  - Studienteilnehmer (§4a Abs. 1 **Nr. 3** TestV)
  - Freitestung (§4a Abs. 1 **Nr. 4** TestV)
  - Krankenhausbesuch (§4a Abs. 1 **Nr. 5** TestV)
  - Pflegeheimbesuch (§4a Abs. 1 **Nr. 5** TestV)
  - Pflegeperson (§4a Abs. 1 **Nr. 8** TestV, §4a Abs. 1 **Nr. 9** TestV)
  - Mitbewohner infiziert (§4a Abs. 1 **Nr. 10** TestV)
- PoC-Antigentest (Bürgertest mit 3 € Eigenbeteiligung)** (Bitte Selbstauskunft ausfüllen)
  - Veranstaltung Innenraum (§4a Abs. 1 **Nr. 6** TestV)
  - Kontakt zu ü60 (§4a Abs. 1 **Nr. 6** TestV)
  - Kontakt zu Risikoperson (§4a Abs. 1 **Nr. 6** TestV)
  - rote Corona-Warn-App (§4a Abs. 1 **Nr. 7** TestV)
- PoC-Test für 10 €**
- PCR-Test (kostenlos) aufgrund eines positiven Schnelltests**
- PoC-PCR (NAT-PCR) für 65 € innerhalb von 30 Minuten**

### Übermittlung Testergebnis:

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

## Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests/PoC-PCR-Test/PCR-Test auf SARS-CoV-2 erheben wir (Phoenix-Apotheke, Dr. Sachse) 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 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 Dr. Julia Sachse wenden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den ausgewählten Testgrund.

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Person, die den Test durchführt

### Auszufüllen nach Durchführung des Tests:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der getesteten Person bzw. ihres gesetzlichen Vertreters