

Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein Abstrich im vorderen Nasenraum 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. Auf Wunsch kann auch ein Speicheltest (Lollitest) durchgeführt werden.

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. Die geltenden AHA-Regeln (Abstand halten – Hygiene beachten – Alltagsmaske tragen) sollten dringend weiterhin beachtet werden.

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

BITTE IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN - BITTE AUSWEIS BEREITHALTEN -

Ich, _____, 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.

Ich nehme keine blutverdünnenden Medikamente ein und es liegt keine bekannte Blutgerinnungsstörung bei mir vor. Ich habe aktuell und hatte in den letzten 3 Tagen kein Fieber, Husten oder andere Symptome.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir, Rathaus Apotheke Pufahl oHG, Waldhäuserstrasse 4, 35792 Löhnberg 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 Datenschutzbeauftragten Christian Bals, Tel.: 0171-5706809 E-Mail: kontakt@apotheke-datenschutzbeauftragter.de wenden.

Grund der Testdurchführung - bitte ankreuzen:

- Testung von Kontaktperson (§2 TestV)
- Testung nach Auftreten von Infektionen in Einrichtungen & Unternehmen (§3 TestV)
- Testung zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§4 TestV)
- Bürgertestung (§ 4a TestV)

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

Ort, Datum: _____

Unterschrift der getesteten Person bzw. gesetzl. Vertreter

Interne Vermerke

Datum

Uhrzeit

HZ

negativ positiv

Zertifikat Papier
 Zertifikat Email PDF
 Zertifikat CWA

ID AT455/20 Lumigenex
 ID AT108/20 Watmind

Rathaus
Apotheke



Waldhäuserstraße 4
35792 Löhnberg
T: 06471 98 54 0
F: 06471 98 54 20
rathaus@apotheke-
loehnberg.de

Rathaus Apotheke - Pufahl OHG
Manfred Pufahl, Apotheker/
Lebensmittelchemiker
Melanie Pufahl-Rink, Apothekerin
www.rathaus-apotheke-loehnberg.de