

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

Name, Vorname	Geb.-Datum
Straße Nr.	PLZ Ort
Tel.-Nr.	E-Mail (optional)
Art des Lichtbildausweises:	Ident Nummer

Anamnese zum Ausschluss einer symptomatischen Covid-19-Infektion:

Körpertemperatur: Temperaturkontrolle Stirn < 37,5°C unauffällig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja: Ausschluss Testung Verweis an Arzt
Haben Sie Erkältungssymptome wie Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Atemnot oder andere Symptome?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer Person, die mit SARS-CoV-2 infiziert war/ist?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Patienten Aufklärung zur Durchführung des PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2

Für die Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 entnehmen wir eine Sekretprobe. Durch die Entnahme der Probe durch einen Abstrich mittels eines in die Nase oder Rachen eingeführten Wattestäbchens, kann es auch bei sorgfältiger Durchführung in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen.

Ist der Antigentest 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 gesetzlich zur namentlichen Meldung an das zuständige Gesundheitsamt verpflichtet.**

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.

Ich habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu. Weiterhin versichere ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind.

Ort, Datum: Nürnberg, __ . __ . 2021

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung

Sehr geehrte/r Patient/in,

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

Storchen-Apotheke

als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen.

Um gegebenenfalls die unverzügliche Kontaktaufnahme des Gesundheitsamtes mit Ihnen gewährleisten zu können, bitten wir Sie im Rahmen der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV, in die Verarbeitung von folgenden personenbezogenen Daten **einzuwilligen**: **Namen, Anschrift, Geburtsdatum, ggf. E-Mail-Adresse, Ausweisdaten, Anamnese zum Ausschluss einer symptomatischen Covid-19-Infektion, (Verdachts-) Diagnose.**

Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist Ihre Einwilligung, Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO. Die Bereitstellung Ihrer Daten ist freiwillig und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerruflich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir ohne Ihre Einwilligung zur Erhebung der Daten den Test leider nicht durchführen können.

Ich willige in die vorstehende Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ausdrücklich ein.

Unterschrift Patient*In

Im Falle eines positiven Testergebnisses sind wir ferner dazu verpflichtet, das zuständige Gesundheitsamt darüber zu informieren und diesem ihre uns vorliegenden persönlichen Daten nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 IfSG weiterzugeben. Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. c), Art. 9 Abs. 2 lit. i) DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. c) BDSG i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG.

Die Daten werden vom Verantwortlichen für die Dauer von 4 Wochen gespeichert und danach unwiederbringlich gelöscht, es sei denn, dass gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen oder die Daten zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich sein sollten.

Nach den Art. 15 ff. DSGVO haben Sie das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung sowie in bestimmten Fällen auf Datenübertragbarkeit und Widerspruch, sofern dem keine gesetzlichen Gründe entgegenstehen. Für datenschutzrechtliche Beschwerden können Sie sich an eine Datenschutzaufsichtsbehörde richten. Die obenstehende Einwilligung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten wenden:

L I E B. Consultants GmbH, vertreten d. d. Geschäftsführer Herrn **Dr. Christopher Lieb**
Bayreuther Straße 24, 91054 Erlangen Telefon: + 49 (0)9131 / 88 53 23
info@lieb-datenschutz.com