

PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2

Einwilligungserklärung + Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Vorname, Name: _____

Straße, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail (optional): _____

Geburtsdatum: _____

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 Antigentest positiv,

- hat der Getestete unverzüglich ein PCR-Test durchführen zu lassen und sich in häusliche Quarantäne zu begeben.
- 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.

Datenschutzinformation

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests erheben wir, die **Markt-Apotheke, Sigrid Hering, Am Markt 5, 23730 Neustadt**, als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Namen, 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. Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt im Fall einer positiven Testung nach 4 Wochen. 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. Die Löschung Ihrer Daten bei Negativtestung erfolgt ebenfalls spätestens 4 Wochen nach Ergebnismitteilung.

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 wenden.

E-Mail: Datenschutz@Marktapotheke-Neustadt.de.

Einen Corona-Test können wir nur bei asymptomatischen Personen durchführen. Daher möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zur Selbsteinschätzung 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"/>
5. Haben Sie 15 Minuten vor dem Test etwas getrunken, gegessen oder Arzneimittel (Blutverdünner/Nasenspray) angewendet?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- die „Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2“ auf Seite 1 gelesen habe,
- die „Datenschutzinformation“ auf Seite 1 gelesen habe,
- die „Fragen zur Selbsteinschätzung“ auf Seite 2 wahrheitsgemäß beantwortet habe,
- meine Einwilligung zur Durchführung des Tests gebe.

.....
Datum, Unterschrift Patient

Vor Beginn Ihres Tests führen wir in der Apotheke eine Messung Ihrer Körpertemperatur durch:

Ergebnis Temperaturmessung	°C
----------------------------	----

.....
Datum, Unterschrift Apotheken-Mitarbeiter

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Seite 2 von 2