

Bescheinigung über das Testergebnis des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 in der Apotheke (COVID-19 rapid antigen test result certificate)*



Hinweise bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 mittels Nasopharyngealabstrich (Probennahme durch ein durch die Nase eingeführtes Wattestäbchen) kann trotz sorgfältiger Durchführung in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen in der Nase, kommen.

Wenn der Test positiv ist, muss der Getestete unverzüglich einen PCR-Test durchführen lassen und sich in häusliche Quarantäne begeben. Außerdem ist die Apotheke verpflichtet, das Testergebnis namentlich dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden.

Wenn der Test negativ ist, bedeutet es nicht, dass eine COVID-19-Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Das Ergebnis stellt lediglich den Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung dar und bietet keine 100%ige Sicherheit. Halten Sie sich bitte weiterhin an die geltenden AHA-Regeln.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,
im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir, die Alte Apotheke Selsingen, Hauptstraße 18, 27446 Selsingen, Inhaber Apotheke Britta Schießelmann, 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 unverzüglich nach Ergebnismitteilung.

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 unsere Datenschutzbeauftragte Jasmin Holst, Telefonnummer 04284/334 wenden.

COVID-19 Testergebnis wird bescheinigt für: (COVID-19 rapid antigen test result is certified for:)

| | | |
|--------------------|---|--|
| Nachname (Surname) | Vorname (First Name) | Geburtsdatum (Date of Birth) |
| Adresse (Address) | Testgrund <input checked="" type="checkbox"/> Bürgertestung (§4a TestV) <input type="checkbox"/> Anderer: | Geschlecht (Gender) <input type="checkbox"/> weiblich (female) <input type="checkbox"/> männlich (male) <input type="checkbox"/> divers (diverse) |

Ich habe die obigen Hinweise gelesen und versichere die Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Durchführung zu (I have read the information above and confirm that my personal information is correct):

Selsingen, den _____ 2021 **Unterschrift Kunde/Kundin:** _____
(signature of the customer)

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

Tests: **Unterschrift Kunde/Kundin:** _____

Übermittlung des Testergebnisses in Papierform.

Selbsttest unter Aufsicht:

WIRD VON DER APOTHEKE AUSGEFÜLLT! (filled out by the pharmacy) TEST ID:

Der PoC-Antigentest auf SARS-CoV-2 wurde durchgeführt von: (COVID-19 rapid antigen test was performed by:)
Nachname (Surname): Schießelmann Vorname (First Name): Britta Name, Adresse und Kontaktdaten der Apotheke
(Name, Address and Contact details of the pharmacy): Alte Apotheke Selsingen, Hauptstraße 18, D-27446 Selsingen, 0049-4284-334, apotheke-selsingen@gmx.de **Bezeichnung des verwendeten Tests (Commercial name of the test used):** Coronavirus (2019nCoV)-Antigentest- Anderer (other): _____ **Hersteller des verwendeten Tests (Manufacturer of the test used):** Beijing Hotgen Biotech Co.,Ltd. (AT055/20) Anderer (other): _____ **Probennahmeverfahren (Sample origin):** Nasopharyngealabstrich (nasopharyngeal swab) Nasenabstrich (nasal swab) Anderer (other): _____

Ergebnis (result): **Negativ (negative)** **Positiv (positive)**

_____, 2021,
Datum und Uhrzeit der Testung
(Date and time of testing)

Unterschrift und Stempel der Apotheke
(signature)