



**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.

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.

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

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.

**Selbsteinschätzung**

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: wie <b>Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome</b> oder <b>Geschmacks- und/oder Geruchsstörungen?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen <b>grippeähnliche Symptome</b> mit Fieber?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem <b>bestätigten</b> <b>Corona-Patienten?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person, bei der ein <b>Corona-Verdacht</b> besteht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

**Datenschutzinformation**

**Sehr geehrte/r Patient/in,**

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir **St.Georgs-Apotheke, Inh. Nicola Lang, bei den Kornschranen 17 86720 Nördlingen** 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.

Die Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne diese 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 uns wenden.

## Selbstauskunft/Nachweis nach § 6 Abs. 3 Nr. 4 und 5 TestV zur Inanspruchnahme von Testungen nach § 4a TestV

Bürgerfeststellung (§ 4a TestV) mit nachfolgender Begründung:

- Kind < 5 Jahre (Geburtsurkunde<sup>1</sup>, Kinderreisepass) (§ 4a Abs. 1 Nr. 1 TestV),
- medizinische Kontraindikation zum Zeitpunkt der Testung oder in den letzten drei Monaten zuvor, die einer COVID-19-Impfung entgegensteht, insbesondere Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel (ärztliches Zeugnis, ggf. Mutterpass) (§ 4a Abs. 1 Nr. 2 TestV),
- Teilnehmer\*in innerhalb der letzten drei Monate bis zur Testung von klinischer Studie zur Wirksamkeit von COVID-19-Impfstoffen (Nachweis über die Studienteilnahme) (§ 4a Abs. 1 Nr. 3 TestV),
- Testung zur Aufhebung der Absonderung nach nachgewiesener COVID-19-Infektion (Absonderungsnachweis des Gesundheitsamts oder positiver NAT-Testnachweis) (§ 4a Abs. 1 Nr. 4 TestV),
- Person, die mit einer SARS-CoV-2 infizierten Person in einem Haushalt lebt (positiver NAT-Testnachweis der infizierten Person) (§ 4a Abs. 1 Nr. 10 TestV),
- Besucher\*in, Behandelte\*r oder Bewohner\*in gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 TestV, ggf. schriftliche Bestätigung<sup>2</sup> (§ 4a Abs. 1 Nr. 5 TestV),
- Leistungsberechtigte\*r nach § 29 SGB IX, die\*der Person(en) im Rahmen des persönlichen Budgets beschäftigt, sowie die beschäftigte Person im Rahmen des persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX (§ 4a Abs. 1 Nr. 8 TestV),
- Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI, die Pflegebedürftige nicht erwerbsmäßig in ihrer häuslichen Umgebung pflegen (§ 4a Abs. 1 Nr. 9 TestV),
- am selben Tag der Testung Besucher\*in einer Veranstaltung in einem Innenraum (Eintrittskarte) und/oder einer Person ≥ 60 Jahre und/oder einer Person, die aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken (§ 4a Abs. 1 Nr. 6 TestV, **Eigenanteil von 3 €**),
- Person, die durch die Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten hat (§ 4a Abs. 1 Nr. 7 TestV, **Eigenanteil von 3 €**).

### Übermittlung Testergebnis

- Papierform
- Datei im pdf-Format per E-Mail
- Übermittlung an die Corona-Warn-App

Device-ID des PoC-Antigentests<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

Nördlingen, den \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der für die Durchführung der Testung  
verantwortlichen Person

### Auszufüllen nach Durchführung des Tests:

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

- Bei Testung gemäß § 4a Abs. 1 Nr. 6 oder Nr. 7 TestV:** Die Testung wurde zu einem der beschriebenen Zwecke unter Eigenbeteiligung in Höhe von 3 € durchgeführt

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

<sup>1</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/nationale-teststrategie/faq-covid-19-tests.html>

<sup>2</sup> [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/T/Testverordnung/Formblatt-Pflegeeinrichtungen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/T/Testverordnung/Formblatt-Pflegeeinrichtungen.pdf)

<sup>3</sup> **Antigen-Tests, der vom Gesundheitssicherheitsausschuss der Europäischen Union beschlossenen gemeinsamen Liste von Corona-Antigen-Schnelltests (Common RAT List des HSC, Annex I, Device-ID**  
[https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-06/covid-19\\_rat\\_common-list\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-06/covid-19_rat_common-list_en_0.pdf)