Grottenau Apotheke Fuggerstraße 16 86150 Augsburg

Tel: 0821 515640

E-Mail: grottenau-apotheke@t-online.de



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

lch,	(Name, Vorname), geboren am,
woh	nnhaft (Straße), (PLZ, Ort),
hab	efon, E-Mail (freiwillig), be die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der rchführung zu.
Ko	stenlose Testung:
Ich	bestätige, dass ich zu folgender Personengruppe gehöre: Besucher/in, Behandelte/r oder Bewohner/in stationärer bzw. ambulanter Pflegeeinrichtung, Behinderten-, Reha- oder Krankeneinrichtung, Einrichtung für
	ambulante Hospizdienste und Palliativversorgung, Dialysezentrum, stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Tagesklinik, Entbindungsklinik Aus medizinischen Gründen nicht geimpfte Person Freitesten" zur Beendigung der Quarantäne
	Kind unter 5 Jahren Pflegende Angehörige Im selben Haushalt mit Corona-infizierter Person Person mit Behinderung oder Betreuungskraft für jenen Schwangere in den ersten 3 Monaten
Ich	t 3€ Eigenanteil: bestätige, dass der Schnelltest für den unten genannten Zweck durchgeführt wurde. Besuch einer Veranstaltung in Innenräumen (Konzert, Theater, Hochzeit, Familienfeier, Volksfest etc.) Besuch einer mind. 60 Jahre alten Person oder Besuch einer Person aus Risikogruppe (z. B. aufgrund von Vorerkrankung oder Behinderung) Risiko-Meldung in Corona-Warn-App
bes	Bei Testung gemäß § 4a Abs. 1 Nr. 6 oder Nr. 7 TestV : Die Testung wurde zu einem der schriebenen Zwecke unter Eigenbeteiligung in Höhe von 3 € durchgeführt.
Ort,	, Datum Unterschrift der Testperson

Sollte keiner der hier aufgezeigten Gründe zu dieser Testung führen, so muss die Testung komplett selbst gezahlt werden (siehe Formblatt Muster für die Einverständniserklärung des Patienten zur Durchführung eines PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 für Selbstzahler in der Apotheke).

Übermittlung Testergebnis		
\boxtimes	Papierform	
	Datei im pdf-Format per E-Mail	
	Digitales COVID-19-Testzertifikat nach § 22 Abs. 7 Infektionsschutzgesetz	
	Übermittlung an die Corona-Warn-App	
Device-ID des PoC-Antigentests ¹ : 2109		
Datenschutzinformation		
im Rah	eehrte/r Patient/in, men des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir [Name Apotheke, Anschrift, In- als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Vor- und Nachnamen, Anschrift, Geatum, Telefonnummer und ggf. E-Mail-Adresse, um im Falle eines <u>positiven</u> Testergebnisses das zuständige Gesundatum der und diesem ihre persönlichen Daten nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 IfSG weiterzugeben.	
Corona licher f	Sie die Ausstellung eines digitalen COVID-19-Testzertifikats und/oder die Übermittlung Ihres Testergebnisses an die a-Warn-App wünschen, nutzen wir hierfür das offizielle System des Robert-Koch-Instituts (RKI). Das RKI ist Verantwort-ür die Datenverarbeitung in diesem System. Nähere Datenschutzinformationen erhalten Sie direkt in der Corona-Warnder unter https://www.coronawarn.app/de/privacy/ .	
aufnah	sgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Um die unverzügliche Kontakt- ime des Gesundheitsamtes mit Ihnen zu gewährleisten, erheben wir die Rufnummer und – sofern angegeben - E-Mail- se nach Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG.	
men, C tung, T tivem I Tests. nen ab DSGV gung. I über d Abs. 5	Ammen der Abrechnung sind wir gesetzlich verpflichtet, die folgenden Daten von Ihnen zu speichern: Vor- und Nachna- Geburtsdatum, Anschrift, Art der Leistung, Testgrund nach §§ 2 bis 4b TestV, Tag, Uhrzeit und das Ergebnis der Tes- Gest-ID, Mitteilungsweg des Ergebnisses, Zustimmung/Ablehnung der Übermittlung an die Corona-Warn-App, bei posi- Ergebnis Nachweis der Meldung an das zuständige Gesundheitsamt sowie diese Bestätigung zur Durchführung des Diese Daten werden nicht zu Abrechnungszwecken an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung übermittelt, kön- ber im Rahmen einer eventuellen Abrechnungsprüfung verwendet werden. Rechtsgrundlage ist Artikel 9 Abs. 2 lit. b O i.V.m. § 7 Abs. 5 bis 9, § 7a TestV i.V.m. den darauf beruhenden Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereini- Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt gemäß § 7 Abs. 5 Satz 1 TestV nach dem 31. Dezember 2024. Die Bescheinigung as Testergebnis, sowie bei positiver Testung der Nachweis der Meldung an das Ge-sundheitsamt werden gemäß § 7 Satz 4 TestV zum 31. Dezember 2022 gelöscht.	
jedoch genen Gründe	ereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne diese als Pflichtfelder markierten Daten können wir den Test nicht durchführen. Als betroffene Person haben Sie das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezonaten und auf Berichtigung unrichtiger Daten sowie auf Löschung, sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten e vorliegt, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Sie haben zudem das Recht auf übertragbarkeit sowie auf Einschränkung der Datenverarbeitung. Ferner haben Sie das Recht, sich bei einer Aufsichtsde zu beschweren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten [Name, Kontaktdaten] en.	
Ort Da	atum, Uhrzeit:	
O11, D1		
	rschrift der getesteten Person bzw. /r gesetzlichen Vertreters/in Unterschrift der für die Durchführung der Testung verantwortlichen Person	
Auszu	ıfüllen nach Durchführung des Tests:	
	stätige gem. § 7 Abs. 5 Satz 1 Nr. 8 TestV die ordnungsgemäße Durchführung des Tests.	
 Unters	schrift der getesteten Person bzw. ihres gesetzlichen Vertreters	
1Antice	en-Tests, der vom Gesundheitssicherheitsausschuss der Europäischen Union beschlossenen gemeinsamen	

¹Antigen-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