

Bescheinigung

über das Vorliegen eines positiven oder negativen
Antigentests zum Nachweis des SARS-CoV-2 Virus

GETESTETE PERSON

Name, Vorname	
Anschrift Hauptwohnung (Straße Hausnummer, PLZ Ort, Land)	
ggf. Anschrift derzeitiger Aufenthaltsort	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

CORONAVIRUS ANTIGEN-SCHNELLTEST

Name des Tests	
Herstellername	
Testdatum / Uhrzeit	

TEST WURDE DURCHFÜHRT DURCH

Name, Vorname	
Testende Stelle / Ort	

TESTERGEBNIS

negativ	☐	positiv *	☐		Das Zeugnis zum Testergebnis wird bei einem positiven Testergebnis von der testenden Stelle an das örtliche Gesundheitsamt weitergeleitet.
---------	--------------------------	-----------	--------------------------	---	--

Datum / Stempel testende Stelle / Unterschrift

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 AUS SARS-CoV-2

Name, Vorname	
Anschrift Hauptwohnung (Straße Hausnummer, PLZ Ort, Land)	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse (freiwillig)	

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

☐

Ich habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu.

DATENSCHUTZINFORMATION

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir [Rathaus Apotheke, August-Bebel-Str. 32, 39326 Wolmirstedt, Heike Fuldner-Moser] 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 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.

Ort, Datum / Unterschrift Patient/-in

Datum / Unterschrift Apotheker/-in