

*=Pflichtfelder

Vorname*

Nachname*

Hg/czZ

PLZ*

Ort*

Geburtsdatum*

Geschlecht*

Telefon* (privat/mobil)

7fiZVc` gZj oZc/

B Zc1 Zhi`hi`
`dhiZcath

B Zc1 Zhi`hi`
oj oV] j c\he[aX] i^ t(t

GRUND AUF SEITE ZWEI ANGEBEN

*) Wc`HZaWioV] zG
t&% t

L Z`b X] iZc`HZ`j] gl ZhiZgZWc`h`Zg VaZc4

eZgBVa

dYZg

*) i VgZ`kdgDg V] [`b Zc`V] h\ZYg X iZh1 ZhiZgZWc`h

Email

D9: G

EZg8dglcV`L Vg`6ee
cj gVh1L Va`c`b \aX]

Ich möchte mein Ergebnis nicht
namentlich in der CWA

6X] ij c!\YVh: gZWc`h`hi`cj g[gHZ`egkVi`cj ioWg`
c`X] i\Zb oeyZg8dglcVHX] KD`CGL !YZh: dgp j d/g
b j hh1glioYZb ` db ezi i V] h\Z[ai1 Zg/Zc

Ich möchte ein EU-Zertifikat

cj gb tEZgdcVaj hl Z`idYZgGZ`hZeVhh`
b \aX]

Bitte kontrollieren Sie Ihre eingetragenen Daten

= Zgp t`WZhi i\Z`X] !YVhh`X] YZ`dWZc`ZcVccic`e[dgp Vi`dcZc`ZaZhZc`j cY`kZghiVcYZc`] WZ#*) i` aAZ`YZg
ol ZX`b oelZc: g ZW`c`j cY`HeZ`X] Zg c\`b Zc`ZgeZgdcZcWod\ZcZc`9ViZc hdl Z`YZg9j gX] [] g c\`YZh
HX] cZaiZhih`Zc`#*) WZhi i\Z`b t`b Zc`Zgj ciZghX] gfi YZ`9j gX] [] g c\`YZh1 Zhih#B`gl j gZc`YZ`9ViZchX] j io
] cl Z`hZ` WZgp ti j c\`Vc`YZ`8dglcV`L Vg`6ee j cY` I ZhihiZaZ` oj gb t`cV] b Z`j cY: `chX] i`Vc\ZWdiZc#

Bitte haben Sie Verständnis, dass die Ausstellung des Testergebnisses je nach Testaufkommen zwischen 15 und 90 Minuten dauern kann!

Dj!`9Vij b

J ciZghX] gfi

bitte leer lassen
für interne Zwecke

ED8`I Zhi`9/376/21

tZb oeyZgBVg i WZghX] i YZh`7j cYZhVb iZh[g6gcZ`b 4iZa
j cY`B ZY`b`cegYj `iZ`cVX] z`&6VWio`&Hio`+t

I ZhiZgZWc`h/

cZ\Vi k

edh1k

J] gZt`fi`ciZgZ1 Zhi`9

Einverständniserklärung & Kundeninformation zur Durchführung des PoC-Tests auf SARS-CoV-2



Kundeninformation

Wir weisen ausdrücklich daraufhin, dass Sie für die Durchführung des Tests keine klinischen Symptome (Fieber, Husten, Geschmacks- oder Geruchsstörung, Halsschmerzen, Unwohlsein oder ähnliche auf Covid-19-Infektion übliche Symptome) haben dürfen!

Sollte der Test negativ ausfallen, weisen wir Sie darauf hin, dass es sich um eine Momentaufnahme handelt. Es kann sein, dass Sie bereits infiziert sind, aber die Virenlast noch so gering ist, dass die Viren nicht mit dem Test nachweisbar sind (Inkubationszeit). Sollten in den kommenden Tagen klinische Covid-19-Symptome auftreten, ist umgehend der Hausarzt aufzusuchen.

Hinweise zum PoC-Test auf SARS-CoV-2

Bei der Durchführung des PoC-Tests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasopharyngeal- und/oder Oropharyngealabstrich, ein Nasalabstrich oder ein Speicheltest durchgeführt. Dafür wird die Probe durch einen Abstrich mittels eines in den Nasenraum und/oder in den Mund oder in den vorderen Nasenraum 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 das Testzentrum 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-Test auf SARS-CoV-2

Die Person, welche die Anmeldung zum Test durchführt, bestätigt hiermit für die teilnehmenden Personen, die obzitierten Hinweise zum PoC-Test auf SARS-CoV-2 gelesen zu haben und stimmt der Durchführung zu.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,
Im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Tests auf SARS-CoV-2 erheben wir, das zuständige Testzentrum, als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Namen, Ihr Geschlecht Ihre Anschrift oder Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort, Geburtsdatum, Telefonnummer und ggf. E-Mail-Adresse, den Tag der Testung, die angewendete Nachweismethode und den Untersuchungsbefund 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. Zudem sind wir verpflichtet, diese Daten im Rahmen einer notwendigen Auftrags- und Leistungsdokumentation für den Nachweis einer korrekten Abrechnung bis zum 31. Dezember 2024 unverändert zu speichern oder aufzubewahren.

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG, § 7 Abs. 5 Coronavi-rus-Testverordnung (TestV). Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt spätestens am 31.12.2024. 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 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 den Datenschutzbeauftragten des/r zuständigen Testzentrums/Apotheke wenden.

Mein Test ist kostenlos:

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <5 Jahre | <input type="checkbox"/> | aus med. Gründen in den letzten drei Monaten keine Impfung gegen Covid-19 möglich |
| <input type="checkbox"/> | Teilnahme an med. Studien an Impfstoffen gegen das Covid-19 Virus | <input type="checkbox"/> | Freitesting |
| <input type="checkbox"/> | Mit aktuell Covid-19 infizierter Person im selben Haushalt lebend | <input type="checkbox"/> | Besuch einer med./pflegerischen Einrichtung mit Testpflicht |
| <input type="checkbox"/> | Pflegende Person im Sinne § 19 SGB XI (Pflegende Angehörige) | <input type="checkbox"/> | Personen, die ein pers. Budget nach §29 SGB IX in Anspruch nehmen und im Rahmen dieses Budgets Beschäftigte |

Mein Test ist zuzahlungspflichtig (3.-):

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Besuch einer Veranstaltung im Innenbereich (am heutigen Tag) | <input type="checkbox"/> | Heutiger Kontakt zu einer Person ab 60 Jahren oder einer Person mit Vorerkrankung, und dadurch mit einem hohen Risiko schwer an Covid-19 zu erkranken |
| <input type="checkbox"/> | Rote Corona-Warn-App | | |

Hiermit bestätige ich, dass der Test soeben bei mir durchgeführt wurde:

Ort, Datum

Unterschrift