Schnelltestzentrum am SchiederSee

BITTE SCHREIBEN SIE DEUTLICH UND IN DRUCKBUCHSTABEN

*=Pflichtfelder

Vorname* _____ Nachname* _____

Adresse (Straße, PLZ, Ort)* _____

Geburtsdatum* _____ Geschlecht* _____

Telefon* (privat/mobil) _____

Bitte ankreuzen:

Mein Test ist kostenlos ☐ **Grund auf Seite zwei angeben** Ich bin Selbstzahler (10€) ☐

Wie möchten Sie Ihr Testergebnis erhalten?

per Mail ☐ oder Ich warte vor Ort auf mein ausgedrucktes Testergebnis ☐

Email - BITTE DEUTLICH IN DRUCKBUCHSTABEN

ODER

Per Corona-Warn-App ☐
nur als Walk-In möglich

☐ *Ich möchte mein Ergebnis nicht namentlich in der CWA*
Achtung, das Ergebnis ist nur für Sie privat nutzbar, nicht gemäß der CoronaSchVO NRW, dies Formular muss trotzdem komplett ausgefüllt werden

☐ *Ich möchte ein EU-Zertifikat*
nur mit Personalausweis oder Reisepass möglich

Bitte kontrollieren Sie Ihre eingetragenen Daten

Hiermit bestätige ich, dass ich die oben genannten Informationen gelesen und verstanden habe.
Ich willige der zweckmäßigen Erhebung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten sowie der Durchführung des Schnelltests ein. Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Durchführung des Tests.
Mir wurden die Datenschutzhinweise „Übermittlung an die Corona Warn App“ und „Teststelle“ zur Mitnahme und Einsicht angeboten.

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

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

bitte leer lassen für interne Zwecke

POC-Test-ID: 376/21

(gemäß der Marktübersicht des Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 1 Absatz 1 Satz 6)

Testergebnis:

negativ ☐

positiv ☐

Uhrzeit & interne Test-ID

Mein Test ist kostenlos:

☐ Pflegende Person im Sinne § 19 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Pflegende Angehörige)
(mit meiner Unterschrift verbindlich bestätigt)

☐ Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch Personen beschäftigen, sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch beschäftigt sind. (Person mit Behinderung oder Betreuungskraft für jene) (Behinderung/Betreuung nachweisen)

☐ Personen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4

Besucher und Behandelte oder Bewohner in unter anderem folgenden Einrichtungen: Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen für ambulante Operationen, Dialysezentren, ambulante Pflege, ambulante Dienste oder stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe,Tageskliniken, Entbindungskliniken, ambulante Hospizdienste und Palliativversorgung, Obdachlosenunterkünften, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern.
(mit meiner Unterschrift verbindlich bestätigt)

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

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

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

SchiederSee
Freizeit · Feier · Vergnügen

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 Nasenrachenraum 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 zumTest durchführt, bestätigt hiermit für die teilnehmenden Personen, die oben aufgeführten 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, de 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 Rah-men 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 Datenver-arbeitung. 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.