

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

### Hiermit erkläre ich:

Vorname Name: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Dass ich die Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 zur Kenntnis genommen habe und der Durchführung zustimme.

Außerdem erkläre ich mich bereit meinen **Personalausweis zum Abgleich vorzulegen** und den **Grund der Testung zu erklären und nachzuweisen**. Ich versichere wahrheitsgemäß den Grund darzulegen und die ggf. anfallenden Kosten (laut aktuellem Beschluss) zu bezahlen.

### Der Testgrund ist:

- **Kostenlos:**
  - Personen, die jemanden in einem **Krankenhaus oder einem stationären Pflegeeinrichtung besuchen** wollen oder **selbst behandelt werden**
  - Pflegende Angehörige/ Assistenten, die von Menschen mit Behinderungen angestellt sind
  
- **9.50€:**
  - Alles andere

### Übermittlung des Testergebnis:

- Papierform
- Datei im PDF- Format per E-Mail (E-Mail-Adresse deutlich schreiben!)
- Übermittlung an Corona- Warn- App (RKI)

**Test-ID des PoC- Antigentests: 1610**

## Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,  
im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir Augustus- Apotheke, Gerichtsstraße 1, 01069 Dresden

als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Vor- und Nachnamen, 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.

Wenn Sie die Ausstellung eines digitalen COVID-19-Testzertifikats und/oder die Übermittlung Ihres Testergebnisses an die Corona-Warn-App wünschen, nutzen wir hierfür das offizielle System des Robert-Koch-Instituts (RKI). Das RKI ist Verantwortlicher für die Datenverarbeitung in diesem System. Nähere Datenschutzinformationen erhalten Sie direkt in der Corona-Warn-App oder unter <https://www.coronawarn.app/de/privacy/>.

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. 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.

Im Rahmen der Abrechnung sind wir gesetzlich verpflichtet, die folgenden Daten von Ihnen zu speichern: Vor- und Nachnamen, Geburtsdatum, Anschrift, Art der Leistung, Testgrund nach §§ 2 bis 4b TestV, Tag, Uhrzeit und das Ergebnis der Testung, Test-ID, Mitteilungsweg des Ergebnisses,

Zustimmung/Ablehnung der Übermittlung an die Corona-Warn-App, bei positivem Ergebnis Nachweis der Meldung an das zuständige Gesundheitsamt sowie diese Bestätigung zur Durchführung des Tests. Diese Daten werden nicht zu Abrechnungszwecken an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung übermittelt, können aber im Rahmen einer eventuellen Abrechnungsprüfung verwendet werden. Rechtsgrundlage ist Artikel 9 Abs. 2 lit. b DSGVO i. V. m. § 7 Abs. 5 und 6, § 7a TestV i. V. m. den darauf beruhenden Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt gemäß § 7 Abs. 5 Satz 1 TestV nach dem 31. Dezember 2024.

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 unsere Datenschutzbeauftragte: Nicole Badelt, [service@badelt-consulting.de](mailto:service@badelt-consulting.de) wenden.

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Apothekerin/ des Apothekers

## Auszufüllen nach Durchführung des Tests:

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

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

**Ergebnis des Tests:**

- Positiv
- Negativ
- Fehlgeschlagen

**Nachweis wurde vorgelegt und überprüft:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Apothekerin/ des Apothekers