

Getestete Person:

Name/Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Ihr Covid-19 Antigen Schnelltest Testergebnis

Dieser Test erkennt mit einer hohen Wahrscheinlichkeit eine akute Covid-19 Erkrankung in der ansteckenden Phase und stellt einen PoC (Point-of-Care)-Test dar, d.h. es wird der zu dem Testzeitpunkt gemessene Zustand erfasst. Eine im Anschluss an den Test erfolgte Infektion kann der Test nicht nachweisen.

Covid-19 stellt nach Infektionsschutzgesetz eine meldepflichtige Infektionskrankheit dar, aus diesem Grund sollten Sie bei einem positiven Testergebnis umgehend Ihren Arzt anrufen oder die 116117 (ärztlicher Bereitschaftsdienst) anrufen und das Testergebnis mitteilen.

Bitte bewahren Sie bei einem positiven Testergebnis die Ruhe, ein Großteil der erfolgten Corona-Virus-Infektionen verlaufen mild bis symptomfrei. Falls Sie in den nächsten 5-7 Tagen unter Schmerzen im Brustbereich oder Atemnot leiden, suchen Sie sofort einen Arzt auf.

Bitte begeben Sie sich bei positivem Testergebnis umgehend in häusliche Quarantäne und vermeiden Sie jeden Umgang mit anderen Mitmenschen, um einer Übertragung vorzubeugen.

Antigenschnelltest: SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test Roche Diagnostics REF9901-NCOV-01G

Ihr Testergebnis: Covid-19 positiv Covid-19 negativ

Testdatum/Uhrzeit:

Test durchgeführt durch: Apotheke im Tibarg Center, Tibarg 41, 22459 Hamburg
Juerg Cantieni Sophie Löffler-Cantieni Maren Krohne

■ Arbeitshilfe zur Qualitätssicherung

Durchführung von PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 in Apotheken

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 auf SARS-CoV-2

Name _____, geboren am _____

Adresse _____ (Straße), _____ (PLZ, Ort),

Telefon _____, E-Mail _____

habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu. Mir ist bekannt, dass ich die Kosten dafür selbst tragen muss.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,
im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir **[Name Apotheke, Anschrift, Inhaber]** 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 **[Name, Kontaktdaten]** wenden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers