

### 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 einen 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.

Ich erkläre, dass ich asymptomatisch bin, d.h. keine für das SARS-CoV-2 typische Symptome, Husten, Fieber, Schnupfen, Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns, Pneumonie, habe.

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

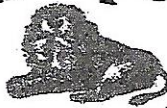
Ich, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,

wohnhaft \_\_\_\_\_ (Straße), \_\_\_\_\_ (PLZ, Ort),

Telefon \_\_\_\_\_, E-Mail (freiwillig) \_\_\_\_\_,

Schule/KiTa \_\_\_\_\_, Arbeitgeber \_\_\_\_\_

habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen, bestätige die Richtigkeit meines gesundheitlichen Zustands 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 **Löwen-Apotheke Stendal, Mark Crusius e.K., Markt 5-6, 39576 Stendal** als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen.

**Beschreibung und Umfang der Datenverarbeitung, Weitergabe Ihrer Daten**  
Wir verarbeiten Ihren Vor- und Nachnamen, Anschrift, Geburtsdatum, Schule/Kita/Arbeitgeber, Telefonnummer und ggf. E-Mail-Adresse. Im Falle eines positiven Testergebnisses werden wir das zuständige Gesundheitsamt darüber zu informieren und diesem Ihre vorgenannten persönlichen Daten nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 IfSG weitergeben.

Die Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne diese als Pflichtfelder markierten Daten können wir den Test jedoch nicht durchführen.

**Zweck der Datenverarbeitung**  
Die Datenverarbeitung erfolgt zum Zweck der Durchführung des PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2, der Durchführung des dazu abgeschlossenen Vertrages, inkl. Abrechnung sowie zur Erfüllung unserer Meldepflichten positiver Testergebnisse zwecks Eindämmung der Pandemie.

**Rechtsgrundlage**  
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, soweit dieser nicht gesetzliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen (z. B. im Zusammenhang mit der Erbringung einer steuerpflichtigen Leistung, Rechnung). Rechtsgrundlage sind im Übrigen zudem Art. 6 Abs. 1 lit. b) und c) DSGVO, z. B. um die unverzügliche Kontaktaufnahme des Gesundheitsamtes mit Ihnen zu gewährleisten (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 Löschung erfolgt jedoch nicht, wenn wir auf der Basis eines anderen Rechtsgrundes zur weiteren Speicherung berechtigt sind (z.B. Ihre Einwilligung).

**Rechte als betroffene Person.** 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 uns wenden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/des Patienten

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

## Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ergänzend zu der gesetzlich verpflichtenden Meldung eines positiven Testergebnisses durch die Löwen-Apotheke Stendal, Mark Crusius e.K., Markt 5-6, 39576 Stendal, an das zuständige Gesundheitsamt willige ich ein, dass auch mein negatives Testergebnis mit meinen personenbezogenen Daten an dieses übermittelt wird.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/des Patienten