

Einverständniserklärung PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2

Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2

Bei der Durchführung des PoC-Antigen-Tests auf SARS-CoV-2 wird mittels eines in den Nasen-Rachen-Raum (in Einzelfällen auch nur in die Nase oder in den Rachen) eingeführten Teststäbchens eine Probe für einen Nasopharyngealabstrich genommen. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es dabei in Einzelfällen zu Verletzungen kommen, z.B. leichten Blutungen oder Reizungen in der Nase.

Im Falle eines positiven Testergebnisses sind wir verpflichtet, das Testergebnis und Ihre Kontaktdaten 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.

Bitte bringen Sie zur Ausstellung der Bescheinigung ein Ausweisdokument zur Feststellung Ihrer Identität mit und geben die erforderlichen Daten zu Ihrer Person an (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer). Bei Minderjährigen muss zusätzlich eine Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten vorliegen.

Einverständniserklärung

Ich habe die oben genannten Hinweise gelesen und stimme der Durchführung zu. Ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten hierzu ausdrücklich einverstanden. Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Die Angaben zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Vorname, Nachname _____ Geschlecht: m , w , d Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefon: _____ Email: _____

Ort, Datum, **Uhrzeit** der Testung: _____

Unterschrift Testperson/gesetzlicher Vertreter _____

Datenschutzerklärung

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sowie über Ihre diesbezüglichen datenschutzrechtlichen Rechte im Rahmen des PoC-Antigen-Tests auf SARS-CoV-2.

1. Verantwortliche: Dr. Esra Trumpf, Esslinger Str. 8, 70182 Stuttgart, info@impf-test-ambulanz.de

2. Zwecke und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, Aufbewahrung Ihrer Daten: Wir verarbeiten Ihre Daten zum Zwecke des PoC-Antigen-Tests auf SARS-CoV-2 sowie zur Ausstellung der Bescheinigung über ihr Testergebnis. Rechtsgrundlage ist Ihre ausdrückliche Einwilligung gem. Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Wir löschen Ihre Daten nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten.

3. Kategorie von personenbezogenen Daten: Wir verarbeiten im Rahmen der Testung folgende Daten von Ihnen: Name, Anschrift, Telefonnummer, Geschlecht, Geburtsdatum und Ihr Testergebnis.

4. Betroffenenrechte: Sie haben das Recht, eine Bestätigung zu verlangen, ob betreffende Daten verarbeitet werden und auf Auskunft über diese Daten sowie auf Kopie der Daten. Sie haben das Recht, die Vervollständigung Ihrer Daten oder die Berichtigung der Sie betreffenden unrichtigen Daten zu verlangen. Sie haben das Recht zu verlangen, dass die Sie betreffende Daten unverzüglich gelöscht werden, bzw. alternativ eine Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu verlangen. Sie haben das Recht zu verlangen, die Sie betreffenden Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, zu erhalten und deren Übermittlung an andere Verantwortliche zu fordern. Sie haben ferner das Recht, eine Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde einzureichen.

5. Datenweitergabe Testergebnis: Ihre Daten werden im Falle eines positiven Testergebnisses an das zuständige Gesundheitsamt zur Rückverfolgung von Infektionsketten weitergegeben. Die Weitergabe erfolgt auf der Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Die Daten werden namentlich/anonym -je nach Ihrer Angabe bei uns - an die Corona Warn-App übermittelt.

6. Widerrufsrecht: Sie haben das Recht, ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Widerrufen Sie ihre Einwilligung, kann eine Testung nicht erfolgen.

Das Testergebnis war: negativ positiv ungültig

Datum, Unterschrift testende Person und Stempel _____

Vorname:	
Nachname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefonnummer/Email:	

Anspruch auf Testungen nach § 4 a TestV (Bürgertestungen) ab 30.06.2022

Ausschließlich folgende **asymptomatische** Personen(-gruppen) haben Anspruch auf kostenlose Testungen:

BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN:

1. **Kinder** bis einschließlich 4 Jahren.
2. Personen, die aufgrund einer **medizinischen Kontraindikation**, insbesondere einer Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel, zum Zeitpunkt der Testung nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können oder in den letzten drei Monaten vor der Testung aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden konnten,
3. Personen, die zum Zeitpunkt der Testung an klinischen **Studien** zur Wirksamkeit von Impfstoffen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 teilnehmen oder in den letzten drei Monaten vor der Testung an solchen Studien teilgenommen haben,
4. Personen, die sich zum Zeitpunkt der Testung aufgrund einer **nachgewiesenen Infektion** mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in Absonderung befinden, wenn die Testung zur Beendigung der Absonderung erforderlich ist,
5. Wenn es nachfolgend genannte **Einrichtungen oder Unternehmen*** oder der öffentliche Gesundheitsdienst zur Verhinderung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 verlangen, haben asymptomatische Personen Anspruch auf Testung, wenn sie
- 5.1. dort gegenwärtig **behandelt, betreut, gepflegt** werden oder untergebracht sind oder
- 5.2. eine dort behandelte, **betreute, gepflegte oder untergebrachte** Person **besuchen** wollen.
6. (Die zu testende Person hat einen Eigenanteil in Höhe von 3 Euro an den Leistungserbringer zu leisten) Personen, die an dem Tag, an dem die Testung erfolgt,
- 6.1. (Die zu testende Person hat einen Eigenanteil in Höhe von 3 Euro an den Leistungserbringer zu leisten) eine **Veranstaltung** in einem Innenraum besuchen werden oder
- 6.2. zu einer Person **Kontakt** haben werden, die
- 6.2.1. (Die zu testende Person hat einen Eigenanteil in Höhe von 3 Euro an den Leistungserbringer zu leisten) das **60. Lebensjahr vollendet** hat oder

6.2.2. (Die zu testende Person hat einen Eigenanteil in Höhe von 3 Euro an den Leistungserbringer zu leisten)
aufgrund einer **Vorerkrankung oder Behinderung** ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken,

7. (Die zu testende Person hat einen Eigenanteil in Höhe von 3 Euro an den Leistungserbringer zu leisten)
Personen², die durch die **Corona-Warn-App** des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten haben,

8. Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach **§ 29** des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (betrifft **Menschen mit Behinderungen**) Personen beschäftigen, sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach **§ 29** des Neunten Buches Sozialgesetzbuch beschäftigt sind,

9. **Pflegepersonen** (Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen) im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,

10. Personen, die mit einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 **infizierten Person in demselben**

Haushalt leben.

* Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der vorher genannten Einrichtungen vergleichbar sind, Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden, ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, und Rettungsdienste. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auch dann, wenn dort keine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, stationäre Einrichtungen und ambulante Dienste der Eingliederungshilfe

Nachweis der Testberechtigung

1. Personen über 18 Jahre müssen einen amtlichen Lichtbildausweis (Personalausweis oder Reisepass) vorlegen. Personen unter 18 Jahren ein sonstiger amtlicher Lichtbildausweis.
2. Nachweise, dass die Personen einen Anspruch auf Testung nach den oben genannten Gründen (Testungen nach § 4 a TestV (Bürgerfestungen)) haben.
 - a. Im Fall 2 (der medizinischen Kontraindikation) muss ein ärztliches Attest im Original vorgelegt werden.
 - b. Im Fall 10 (Haushaltsangehöriger) ein Nachweis über das positive Testergebnis und über dieselbe Wohnanschrift.
3. Im Fall von Nummer 6 und 7 muss eine Selbstausskunft der zu testenden Person abgegeben werden, dass eine Testung nach Nummer 6 oder 7 unter Eigenbeteiligung von 3 Euro durchgeführt wird/wurde. Diese Selbstausskunft muss genau wie die anderen zu dokumentierenden Daten bis zum 31.12.2024 aufbewahrt werden.

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum, Unterschrift