

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Testzeit :

Das Testergebnis war:

SARS-CoV-2-Viren konnten nicht nachgewiesen werden

SARS-CoV-2-Viren wurden nachgewiesen

Die o.g. Person wurde auf die Notwendigkeit einer PCR Testung hingewiesen

***Hinweis für Personen mit nachgewiesenen SARS-CoV-2-Viren:**

Begeben Sie sich bitte in Ihre Häuslichkeit und vermeiden Sie weitere Kontakte!

Es erfolgt eine namentliche Meldung an das zuständige Gesundheitsamt gemäß § 6 des Infektionsschutzgesetzes!

Datum

Stempel/Unterschrift

Zusammen gegen Corona

Wir sind: Die Stadt Osterwieck, die Fallsteinapotheke, das Deutsche Rote Kreuz- Ortsgruppe Osterwieck und die Hausärzte Dr.Greulich, Reddemann, Arendt und MU Dr.Palenik

Einverständniserklärung & Kundeninformation

zur Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2

Kundeninformation

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, 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-Antigen-Test auf SARS-CoV-2

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasopharyngeal- und/oder Oropharyngealabstrich oder ein Speicheltest durchgeführt. Dafür wird die Probe durch einen Abstrich mittels eines in den Nasenrachenraum und/oder in den Mund 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/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-Antigentests auf SARS-CoV-2

Ich, _____, geboren am _____

wohnhaft _____ (Straße), _____ (PLZ, Ort),

Telefon _____ E-Mail (freiwillig) _____

habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu. Dieser Test ist kostenlos.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,
im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir,
Gemeinsame Teststation Osterwieck, Stephanikirchhof 11, 38835 Osterwieck

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.

Ort, Datum: _____

.....
Unterschrift der Patientin/des Patienten

.....
Unterschrift Teststation