

Hinweise zur Durchführung eines PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2

Ein PoC-Antigentest auf SARS-CoV-2 wird mittels eines Nasopharyngealabstrich durchgeführt. Hierfür wird die Probe mit einem Abstrich durch ein in die Nase eingeführtes Wattestäbchen erhoben. Auch bei großer Sorgfalt in der Durchführung sind in Einzelfällen Verletzungen wie Reizungen der Nase oder leichte Blutungen nicht auszuschließen. Im Falle eines positiven Antigentests muss sich die getestete Person unverzüglich einen PCR-Test unterziehen und sich in häusliche Quarantäne begeben. Bitte beachten Sie hierzu die offiziellen Informationen der Behörden Ihres Bundeslandes bzw. Kantons. Falsch-positive Ergebnisse sind zu einem bestimmten Prozentsatz nicht auszuschließen, in diesem Fall ist dem Prozess wie bei einem positiven Fall zu folgen. Ein negatives Testergebnis hingegen bedeutet nicht, dass eine COVID-19-Infektion sicher auszuschließen ist. Das Ergebnis stellt lediglich eine Momentaufnahme des Infektionsstatus zu der Zeit der Durchführung des Tests dar.

Datenschutzinformation / Datenschutzerklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zum Zweck der Durchführung eines PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir, **Stadt-Apotheke, Dietmar Sommer** als verantwortliches Testzentrum und Vertreter/in personenbezogene Daten von Ihnen. Elektronisch verarbeitet werden Ihr Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer und Ihre E-Mail-Adresse. Der Zweck hiervon ist insbesondere, um Ihnen ein elektronisches Zertifikat über das Ergebnis und die Aussagekraft des Tests ausstellen zu können, aber Sie ebenso über mögliche Risiken aufklären zu können. Für den Fall eines positiven Testergebnisses werden Ihren Daten gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 5 IfSG dem zuständigen Gesundheitsamt übermittelt.

Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist der Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Im Falle eines positiven Ergebnisses werden Ihre Daten nach 4 Wochen gelöscht. Bei negativem Testergebnis erfolgt die Löschung unverzüglich nach Ergebnismitteilung.

Die Bekanntgabe Ihrer Daten an uns ist grundsätzlich freiwillig, für die Durchführung eines Tests benötigen wir jedoch Ihren Namen, Vornamen, Geburtsdatum, Telefon und Ihre E-Mail. Sie als betroffene Person haben das Recht auf Auskunft über Ihre eigenen personenbezogenen Daten. Im Falle von Fehlern haben Sie das Recht auf Berichtigung fehlerhaft erfasster Daten und eine Löschung, unter Berücksichtigung des Art. 17 DSGVO. Sie können eine Übertragung der Daten fordern und die Verarbeitung beschränken, im Falle von Problemen können Sie jederzeit bei einer Aufsichtsbehörde Beschwerde einreichen.

Datenübertragung und Speicherung von Ergebnisdaten:

Die erhobenen Daten werden lediglich zum Zweck der Auslieferung an Sie als betroffene Person verwendet. Es werden zu keinem Zeitpunkt Ihre persönlichen Daten unverschlüsselt gemeinsam mit den Testergebnissen gespeichert. Zum Zweck der Ergebnisauslieferung werden Ihre Daten über mehrere Mechanismen verschlüsselt an unseren Auftragsdatenauswerter Certista Labs AG, Beethovenstrasse 49, 8002 Zürich, Schweiz übertragen, mit dem wir einen entsprechenden Vertrag geschlossen haben. Dessen Serverinfrastruktur steht in einem EU-Land oder der Schweiz.

Für weitere Fragen steht Ihnen unser/e Datenschutzbeauftragte/r gerne zur Verfügung: Christian Bals

Die oben stehenden Datenschutzhinweise und Datenschutzerklärung habe ich gelesen, verstanden und erkläre mit der Unterschrift mein Einverständnis mit der beschriebenen Nutzung.

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

Ich, _____, geboren am _____ habe die oben beschriebenen Hinweise und Risiken der Durchführung eines PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen, vollständig verstanden und stimme der Durchführung des Tests auf eigene Kosten zu bzw. reiche es ein. Im Fall subventionierter Tests erkläre ich, dass ich diese Leistung nicht doppelt an anderer Stelle in Anspruch genommen habe.

Ich beauftrage explizit den Beginn der Leistung vor Ablauf der Widerrufsfrist. Ich bin mir bewusst, dass ich nach Leistungserbringung keinen Widerruf mehr ausüben kann.

Ort, Datum, Unterschrift Patient

Ort, Datum, Unterschrift Apotheker/in (o. Beauftr.)