

Einwilligungserklärung zur Durchführung eines PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2

Die Probe für den Antigen-Schnelltest wird durch einen Abstrich mittels eines in die Nase eingeführten Wattestäbchens genommen. Mir ist bewusst, dass es auch bei sorgfältiger Durchführung in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen kann. Ich willige in diesem Bewusstsein ein, dass der Antigen-Schnelltest bei mir durchgeführt wird.

Im Falle eines positiven Testergebnisses begeben sich umgehend in häusliche Quarantäne.

Mir ist bewusst, dass meine Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse), sowie mein Testergebnis gespeichert werden und im Falle eines positiven Testergebnisses von der MEDICUS-Apotheke an das Gesundheitsamt weitergegeben werden müssen.

Die Kosten für den Antigen-Schnelltest werden 1x wöchentlich durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayern übernommen. Für weitere Tests trage ich die Kosten von 25,00 € selbst. Eine Erstattung der Kosten durch meine Krankenkasse ist nicht möglich.

Mir ist bekannt, dass ein negatives Testergebnis durch einen Antigen-Schnelltest eine Infektion mit SARS-CoV-2 nicht sicher ausschließen kann, sondern eine Momentaufnahme für ca. 24 Stunden und somit einen Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung darstellt.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir, die MEDICUS Apotheke in Unterhaching 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 wenden.

Name, Vorname: _____ Geburtstag: _____

Anschrift (Straße/Hausnummer, PLZ/Ort): _____

Telefon: _____ E-Mail (optional): _____

Ich habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu. Mit der Terminbuchung willige ich ein, dass mir das Testergebnis telefonisch oder unverschlüsselt per E-Mail mitgeteilt wird.

Die Kosten werden im Rahmen der nationalen Teststrategie einmal wöchentlich übernommen.

Mir ist bekannt, dass ich die Kosten von 25,00 € für jeden weiteren Test selbst tragen muss.

Ort, Datum (TT/MM/JJ): _____

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Unterschrift der Apothekerin / des Apothekers