

## CORONA-VIRUS-INFEKTION FRAGEBOGEN ZUR SELBSTEINSCHÄTZUNG

Name	
Vorname	
Straße/Hausnummer	
PLZ und Ort	
geb. am	
Telefon	
email	

Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome wie: <b>Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome?</b>	ja	nein
Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber?	ja	nein
Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?	ja	nein
Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht?	ja	nein

**Bitte kommen Sie nur zu uns, wenn Sie KEINE Symptome einer Covid-19 Erkrankung haben!! Laut Testverordnung testen wir nur SYMPTOMLOSE Personen. Für einen PCR-Test wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt oder den Arztruf unter 116117.**

## Rückseite beachten!

**Bitte den zutreffenden Testgrund ankreuzen!**

Ich bin aktuell im ersten Schwangerschaftsdrittel	
Ich möchte zum Besuch oder Behandlung in ein Krankenhaus oder Pflegeheim	
In meinen Haushalt ist aktuell jemand mit Corona infiziert	
Ich werde häuslich gepflegt	
Ich bin ein pflegender Angehöriger	
Ich bin Bewohner oder Bewohnerin einer Einrichtung der Eingliederungshilfe	
Ich kann mich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen	
Ich bin aktuell mit Corona infiziert und möchte mich freitesten lassen	
Ich nehme aktuell an einer klinischen Studie zur Wirksamkeit von Impfstoffen gegen das SARS-CoV-2 Virus teil	
Besuch >60J/Risikopatient oder Veranstaltung im Innenraum (§ 4a Abs. 1 Nr. 6)	
Erhöhtes Risiko in der Corona-Warn-App (§ 4a Abs. 1 Nr. 7)	
Auf mich trifft <b>keiner</b> dieser Testgründe zu	

Hiermit bestätige ich, dass der Abstrich vom Test-Personal durchgeführt wurde.

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## 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 ein 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.

## 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.

### Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir

(**MARKT-APOTHEKE, Jens Lohmann e. K. Böhmisches Str. 2, 01844 Neustadt**) 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: [datenschutz@markt-apo-neustadt.de](mailto:datenschutz@markt-apo-neustadt.de) wenden.

Ort, Datum:

\_\_\_\_\_

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

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