



Bürgertestzentrum am Ponttor

Pontstr. 157
52062 Aachen

info@malteser-apotheke-aachen.de
0241 31074

Hinweise zum PoC-Test auf SARS-CoV-2

Bei der Durchführung des PoC-Tests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasopharyngeal- und/oder Oropharyngealabstrich, ein Nasenabstrich oder ein Speicheltest durchgeführt. Dafür wird die Probe durch einen Abstrich mittels eines in die Nase oder Rachen eingeführten Wattestäbchens genommen. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen.

Ist der Test 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 Teststelle 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-Tests auf SARS-CoV-2

Ich, zhang yezhi (Name, Vorname), geboren am 12.09.1996
wohnhaft kühlwetterstr 8 (Straße), 52072 aachen (PLZ, Ort)
Telefon +4915257619426, E-Mail (freiwillig) zhangyezhi1996@gmail.com

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

Testgrund ist

<p>VOM ÖFFENTL. GESUNDHEITSDIENST FESTGESTELLTER VORAUFENTHALT VARIANTENGEBIET (§2 ABS. 3 TESTV)</p> <p><input type="checkbox"/> Testung von nachweislich infizierten Personen, Kontaktpersonen und von Personen mit Voraufenthalt in Virusvariantengebieten (§ 2 TestV)</p> <p>PERSONEN NACH AUFTRETEN VON INFESTIONEN IN EINRICHTUNGEN NACH (§3 ABS 1.+2. TESTV)</p> <p><input type="checkbox"/> Testung von Personen nach Auftreten von Infektionen in Einrichtungen und Unternehmen (§ 3 TestV)</p> <p>VERHINDERUNG VERBREITUNG CORONAVIRUS IM ÖFFENTL. GESUNDHEITSDIENST (§4 ABS 2 NR 1-6)</p> <p><input type="checkbox"/> Testung zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 4 TestV)</p> <p>BÜRGERTESTS (§ 4a TestV) MIT NACHFOLGENDER BEGRÜNDUNG:</p> <p>KINDER UNTER 5:</p> <p><input type="checkbox"/> Kind unter 5 Jahre (Geburtsurkunde¹, Kinderreisepass) (§ 4a Abs. 1 Nr. 1 TestV),</p> <p>SCHWANGERSCHAFT (IN DEN ERSTEN 3 MONATEN) ODER NICHT IMPFBARE PERSON (AUS MEDIZINISCHEM GRUND)::</p> <p><input type="checkbox"/> medizinische Kontraindikation zum Zeitpunkt der Testung oder in den letzten drei Monaten zuvor, die einer COVID-19-Impfung entgegensteht, insbesondere Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel (ärztliches Zeugnis, ggf. Mutterpass) (§ 4a Abs. 1 Nr. 2 TestV),</p> <p>TEILNEHMER AN IMPFSTOFFSTUDIE (SARS-CoV-2)</p> <p><input type="checkbox"/> Teilnehmer*in innerhalb der letzten drei Monate bis zur Testung von klinischer Studie zur Wirksamkeit von COVID-19-Impfstoffen (Nachweis über die Studienteilnahme) (§ 4a Abs. 1 Nr. 3 TestV),</p> <p>BEENDIGUNG DER QUARANTÄNE</p> <p><input type="checkbox"/> Testung zur Aufhebung der Absonderung nach nachgewiesener COVID-19-Infektion (Absonderungsnachweis des Gesundheitsamts oder positiver NAT-Testnachweis) (§ 4a Abs. 1 Nr. 4 TestV),</p>	<p>Kostenbefreit</p>
--	----------------------

<p>INFIZIERTE PERSON LEBT IM HAUSHALT</p> <p><input type="checkbox"/> Person, die mit einer SARS-CoV-2 infizierten Person in einem Haushalt lebt (positiver NAT-Testnachweis der infizierten Person) (§ 4a Abs. 1 Nr. 10 TestV),</p> <p>BESUCHER UND PATIENTEN VON VORSORGE- ODER REHA-EINRICHTUNGEN (Z.B.: KRANKENHAUS, PFLEGEHEIM,...)</p> <p><input type="checkbox"/> Besucher*in, Behandelte*r oder Bewohner*in gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 TestV, ggf. schriftliche Bestätigung² (§ 4a Abs. 1 Nr. 5 TestV),</p> <p>LEISTUNGSBERECHTIGTE, DIE IM RAHMEN EINES PERSÖNLICHEN BUDGETS NACH § 29 PERSONEN BESCHÄFTIGEN</p> <p><input type="checkbox"/> Leistungsberechtigte*r nach § 29 SGB IX, die*der Person(en) im Rahmen des persönlichen Budgets beschäftigt, sowie die beschäftigte Person im Rahmen des persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX (§ 4a Abs. 1 Nr. 8 TestV),</p> <p>PFLEGEPERSONEN IM SINNE DES § 19 SATZ 1 DES ELFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI, die Pflegebedürftige nicht erwerbsmäßig in ihrer häuslichen Umgebung pflegen (§ 4a Abs. 1 Nr. 9 TestV),</p>	Kostenbefreit
<p>BESUCH EINER VERANSTALTUNG IM INNENRAUM, PERSON ÜBER 60 ODER RISIKOPATIENT AM TAG DES TESTS</p> <p><input type="checkbox"/> am selben Tag der Testung Besucher*in einer Veranstaltung in einem Innenraum (Eintrittskarte) und/oder einer Person ≥ 60 Jahre und/oder einer Person, die aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken (§ 4a Abs. 1 Nr. 6 TestV, Eigenanteil von 3 €),</p> <p>ROTE CORONA WAR APP WARNUNG</p> <p><input type="checkbox"/> Person, die durch die Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten hat (§ 4a Abs. 1 Nr. 7 TestV, Eigenanteil von 3 €).</p>	Selbstbeteiligung
<p>ICH ZAHLE SELBST</p> <p><input type="checkbox"/> Sollte keiner der hier aufgezeigten Gründe zu dieser Testung führen, so muss die Testung komplett selbst gezahlt werden (siehe Formblatt Muster für die Einverständniserklärung des Patienten zur Durchführung eines PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 für Selbstzahler in der Apotheke).</p>	Vollpreis

Übermittlung Testergebnis

- ☐ Papierform
- ☐ Datei im pdf-Format per E-Mail
- ☐ Digitales COVID-19-Testzertifikat nach § 22 Abs. 7 Infektionsschutzgesetz
- ☐ Übermittlung an die Corona-Warn-App

Device-ID des PoC-Antigentests³: _____

Ich, zhang yezhi (Name, Vorname), geboren am 12.09.1996

Unterschrift der getesteten Person bzw.
ihres/r gesetzlichen Vertreters/in

¹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/nationale-teststrategie/faq-covid-19-tests.html>

² https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/T/Testverordnung/Formblatt-Pflegeeinrichtungen.pdf

³ Antigen-Tests, der vom Gesundheitssicherheitsausschuss der Europäischen Union beschlossenen gemeinsamen Liste von Corona-Antigen-Schnelltests (Common RAT List des HSC, Annex I, Device-ID) https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-07/covid-19_rat_common-list_en.pdf

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

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

Bürgerzentrum am Ponttor, Pontstr. 157 52062 Aachen

als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Vor- und Nachnamen, 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. 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.

Im Rahmen der Abrechnung sind wir gesetzlich verpflichtet die folgenden Daten von Ihnen zu speichern: Vor- und Nachnamen, Geburtsdatum, Anschrift, Art der Leistung, Testgrund nach §§ 2 bis 4b TestV, Tag, Uhrzeit und das Ergebnis der Testung, Test-ID, Mitteilungsweg des Ergebnisses, bei positivem Ergebnis Nachweis der Meldung an das zuständige Gesundheitsamt sowie diese Bestätigung zur Durchführung des Tests. Diese Daten werden nicht zu Abrechnungszwecken an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung übermittelt, können aber im Rahmen einer eventuellen Abrechnungsprüfung verwendet werden. Rechtsgrundlage ist Artikel 9 Abs. 2 lit. b DSGVO i.V.m. § 7 Abs. 5 und 6, § 7a TestV. Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt gemäß § 7 Abs. 5 Satz 1 TestV nach dem 31. Dezember 2024.

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 *Krause Sicherheitstechnik & Datenschutz GmbH, Alter Weg 25, 58091 Hagen, Telefon: 02337-911778, E-Mail: info@dk-buero.de* wenden.

Ort, Datum, Uhrzeit:

Aachen, 17.10.2022, 09:36

Unterschrift der getesteten Person bzw.
ihres/r gesetzlichen Vertreters/in

Unterschrift der Testerin / des Testers

Auszufüllen nach Durchführung des Tests:

Ich habe im Moment keine grippeähnlichen Symptome und bestätige gem. § 7 Abs. 5 Satz 1 Nr. 8 TestV die Durchführung des Tests.

Unterschrift der getesteten Person bzw.
ihres gesetzlichen Vertreters