

Wibbelt-Apotheke | 59302 Oelde | Warendorfer Str. 54 | Tel: 02522 2326

**Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2:** Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird i.d.R. ein Nasen-Rachen-Abstrich durchgeführt (herstellerspezifische Abweichungen möglich). Dieser Abstrich erzeugt mittels eines in die Nase, bzw. den Mund eingeführten Wattestäbchens ein Testmaterial. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in Einzelfällen zu Reizungen oder Verletzungen kommen, die mit leichten Blutungen einhergehen können. Ist der Antigentest **positiv**, hat der Getestete sich unverzüglich in häusliche Quarantäne zu begeben und einen PCR-Test durchführen zu lassen. Näheres entnehmen Sie bitte unserem Informationsblatt „**Positiver Corona-Test – was nun?**“. Bitte beachten Sie zudem die Informationen der für Sie zuständigen Institutionen und Behörden. 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.

**Einwilligung:** Ich bin mit der Durchführung eines Corona-Schnelltestes einverstanden und wurde hierzu umfangreich beraten und aufgeklärt. Im Rahmen des bei mir durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erhebt die o.g. Apotheke als verantwortliche Stelle meine personen- u. gesundheitsbezogenen Daten. Die Apotheke verarbeitet meine nachfolgend angegebenen Daten, um über mögliche Risiken, über die Aussagekraft des Tests sowie das weitere Vorgehen im Falle eines positiven Tests zu informieren und dies zu dokumentieren. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Eine Löschung meiner Daten erfolgt bei einem positiven Testergebnis 4 Wochen nach Ergebnismitteilung. Die Löschung meiner Daten bei Negativtestung erfolgt unverzüglich nach Ergebnismitteilung. Die Archivierungsdauer dieser Einwilligung beträgt 10 Jahre, ohne weitere Bearbeitung. Die Bereitstellung meiner Daten geschieht freiwillig. Ohne diese als Pflichtfelder\* markierten Daten kann der Test jedoch nicht durchgeführt werden. Als betroffene Person habe ich das Recht auf Auskunft über die mich 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. Ich habe zudem das Recht auf Datenübertragbarkeit sowie auf Einschränkung der Datenverarbeitung. Ferner habe ich das Recht, Beschwerde bei der zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörde einzureichen. Bei Fragen kann ich mich jederzeit an den Datenschutzbeauftragten unter folgender E-Mail-Adresse wenden: kontakt@apotheken-datenschutzbeauftragter.de

Ich, \_\_\_\_\_ (Vor-/Zuname), geb. am \_\_\_\_\_ (Datum: tt.mm.jjjj)

Wohnhaft \_\_\_\_\_ (Str./Nr.) \_\_\_\_\_ (PLZ/Ort) \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ (Telefonnr. unter der ich erreichbar bin).

... habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 und die Hinweise zur Einwilligung gelesen, verstanden und stimme der Durchführung eines Testes zu. Im Rahmen des Bürgertestes ist die Testung kostenfrei. Zudem ist mir bewusst, dass die Analysemethoden unrichtige Testergebnisse hervorbringen kann. Ich werde hieraus keinerlei Ansprüche gegenüber der Apotheke ableiten. Ich wurde darüber informiert, dass es ca.30 Minuten dauern kann, bis mein Ergebnis vorliegt. Im Rahmen dessen möchte ich zu dem Ergebnis meines PoC-Antigen-Testes wie folgt informiert werden:

- Ich komme heute zu einem späteren Zeitpunkt zurück in die Apotheke und nehme mein Ergebnis (Bescheinigung) persönlich entgegen.
- Ich wünsche eine Benachrichtigung zu meinem Ergebnis per E-Mail auf folgende E-Mail-Adresse (Übermittlung der Bescheinigung per E-Mail-Anlage (pdf-Datei) erforderlich):
- Ich wünsche ein digitales Zertifikat zum Eintrag in die Corona-Warn-App. Es gelten auch die aktuellen Datenschutzbestimmungen der Corona-Warn-App. Hinweis: <https://www.coronawarn.app/assets/documents/cwa-privacy-notice-de.pdf>

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ (Punkt) \_\_\_\_\_

**Kundenidentität:**  Kunde/Kundin persönlich bekannt /  Lichtbildausweis zur Bestätigung vorgelegt  
**Abrechnung:**  Kunde/Kundin ist anspruchsberechtigt (kostenfrei) /  Kunde/Kundin ist Selbstzahler

Oelde, \_\_\_\_\_ (Datum: tt.mm.jjjj)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Mitarbeiter Apotheke