

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

Ich (Name, Vorname) _____ geboren am: _____

wohnhaft in (Straße) _____

(Ort, PLZ) _____

Telefon: _____ Email (freiwillig): _____

habe die Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 zur Kenntnis genommen und stimme der Durchführung zu.

Testgrund ist

- Testung von Kontaktperson (§ 2 TestV)
- Testung von Personen nach Auftreten von Infektionen in Einrichtungen und Unternehmen (§3 TestV)
- Testung zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 4 TestV)
- Bürgertestung (§ 4a TestV)

Übermittlung Testergebnis

- Papierform
- Digitales COVID-19-Testzertifikat nach § 22 Abs. 7 Infektionsschutzgesetz
- Datei im pdf-Format per E-Mail / QR-Code per App

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir, der DRK Kreisverband Geithain e.V., 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 Verantwortlichen für Datenschutz, Herrn Andreas Noack, DRK Landesverband Sachsen, Email: datenschutz@drksachsen.de, Telefon: 0351/4678190, wenden.

Ort, Datum, Uhrzeit: _____

Unterschrift der getesteten Person bzw.
des gesetzlichen Vertreters/in

Name / Unterschrift des Testpersonals

Auszufüllen nach Durchführung des Tests:

Ich bestätige gemäß § 7 Abs. 5 Satz 1 Nr. 8 TestV die ordnungsgemäße Durchführung des Tests.

Unterschrift der getesteten Person bzw.
des gesetzlichen Vertreters/in

Dokumentation zur Testung

- nur vom Testpersonal auszufüllen -

Test-ID gemäß BfArM: AT116/2 | Panbio Covid-19 Ag Rapid Test Device nasal
 AT045/21 | GenSure COVID-19 Antigen-Schnelltestkit

Testergebnis: negativ | positiv PCR-Test durchgeführt

Meldung Positiv-Ergebnis an Gesundheitsamt:

Datum: _____ Uhrzeit: _____

meldende Person: _____

Übermittlungsweg: Email _____