

Einverständniserklärung & Kundeninformation zur Durchführung des PoC-Tests auf SARS-CoV-2



Kundeninformation

Wir weisen ausdrücklich daraufhin, dass Sie für die Durchführung des Tests keine klinischen Symptome (Fieber, Husten, Geschmacks- oder Geruchsstörungen, Halsschmerzen, Unwohlsein oder ähnliche auf Covid-19-Infektion übliche Symptome) haben dürfen!

Sollte der Test negativ ausfallen, weisen wir Sie darauf hin, dass es sich um eine Momentaufnahme handelt. Es kann sein, dass Sie bereits infiziert sind, aber die Virenlast noch so gering ist, dass die Viren nicht mit dem Test nachweisbar sind (Inkubationszeit). Sollten in den kommenden Tagen klinische Covid-19-Symptome auftreten, ist umgehend der Hausarzt aufzusuchen.

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 Nasalabstrich oder ein Speicheltest durchgeführt. Dafür wird die Probe durch einen Abstrich mittels eines in den Nasenrachenraum und/oder in den Mund oder in den vorderen Nasenraum 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 das Testzentrum 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, _____, geboren am _____
wohnhaft _____ (Straße), _____ (PLZ, Ort)
Telefon _____, E-Mail (freiwillig) _____

habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu. Mir ist bekannt, dass ich die Kosten dafür selbst tragen muss. Die Kosten entfallen bei der kostenlosen Testung durch den Bund.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte*r Patient*in,
im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Tests auf SARS-CoV-2 erheben wir,
AWO Sozialdienste gGmbH, Bahnhofstraße 36a, 17358 Torgelow,
als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Namen, Ihr Geschlecht, Ihre Anschrift oder Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort, Geburtsdatum, Telefonnummer und ggf. E-Mail-Adresse, den Tag der Testung, die angewendete Nachweismethode und den Untersuchungsbefund um im Falle eines positiven Testergebnisses das zuständige Gesundheitsamt darüber zu informieren und diesem personenbezogene Daten nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 IfSG weiterzugeben.

Zudem sind wir dazu verpflichtet, diese Daten im Rahmen einer notwendigen Auftrags- und Leistungsdokumentation für den Nachweis einer korrekten Abrechnung bis zum 31. Dezember 2024 unverändert zu speichern oder aufzubewahren.

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG, § 7 Abs. 5 Coronavirus-Testverordnung (TestV). Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt spätestens am 31.12.2024. Um die unverzügliche Kontaktaufnahme des Gesundheitsamtes mit Ihnen zu gewährleisten, erheben wir Rufnummer und –sofern angegeben– E-Mail-Adresse nach Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG.

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.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des*der Patienten*in

Unterschrift Testzentrum