

Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasalabstrich 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 einen PCR-Test durchführen zu lassen und sich in häusliche Quarantäne zu begeben. Im Falle eines positiven Testergebnisses ist das DRK verpflichtet, dieses Testergebnis namentlich und unter Angabe Ihrer Kontaktdaten dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden. Die Meldepflichtung ergibt sich aus dem Infektionsschutzgesetz.

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.

Der Test kann nur nach Vorliegen des ausgefüllten Fragebogens zur Selbsteinschätzung und der Einverständniserklärung durchgeführt werden.

Datenschutzinformationen

Sehr geehrte/r Patient/in

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir, das DRK-Kreisverband Dessau e.V., Amalienstraße 138 in 06844 Dessau-Roßlau, Vorstand Ralf Zaizek, 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.

Wenn Sie die Ausstellung und/oder die Übermittlung Ihres Testergebnisses an die Corona-Warn-App wünschen, nutzen wir hierfür das offizielle System des Robert-Koch-Instituts (RKI). Das RKI ist Verantwortlicher für die Datenverarbeitung in diesem System. Nähere Datenschutzinformationen erhalten Sie direkt in der Corona-Warn-App oder unter <https://www.coronawarn.app/de/privacy/>.

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 Andreas Noack (DRK Landesverband Sachsen) wenden

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

Ich, _____ (Name, Vorname), geboren am _____,

wohnhaft in _____ (Straße),

_____ (PLZ, Ort)

Telefon _____, E-Mail _____ (freiwillig)

Nachweis der Identität: Personalausweis-Nr.: _____

Reisepass-Nr.: _____

habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 sowie die **Datenschutzinformationen** gelesen und stimme der Durchführung zu. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir die Aufklärungshinweise zum Datenschutz (Erhalt des Testergebnisses in der Corona Warn App) ausgehändigt wurden.

Dessau-Roßlau, _____
Ort / Datum

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

Testgrund siehe Rückseite! Bitte ankreuzen, Nachweis vorlegen und unterschreiben!

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG & SELBSTAUSKUNFT

Die Übermittlung des Testergebnisses soll erfolgen:

- Papierform
- Übermittlung an die Corona-Warn-App (CWA)
- Datei im PDF-Format per E-Mail

Bitte wählen (kreuzen) Sie hier Ihren Testgrund aus.

Personengruppe - Anspruch auf kostenlosen Schnelltests	Nachweis
Einrichtungen: Patienten oder Besucher von Kliniken und anderen Pflegeeinrichtungen	Nachweis bzw. glaubhafte Versicherung!
Pflegepersonen (pflegender Angehöriger) im Sinne des §19 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Nachweis bzw. glaubhafte Versicherung!
Betreuer (§29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch)	Nachweis bzw. glaubhafte Versicherung!

Selbstzahler - Schnelltest für 10,00 €

Hiermit bestätige ich im Rahmen der Selbstauskunft, dass ich zu der oben genannten Personengruppe gehöre und meine Angaben und Nachweise der Wahrheit entsprechen.

Dessau-Roßlau, _____
Ort / Datum

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

Folgender Abschnitt wird von der Teststelle ausgefüllt

- Die durch die Testperson angegebenen personenbezogenen Daten wurden seitens der Teststelle auf Richtigkeit überprüft.
- Die o. g. Eigenbeteiligung wurde entrichtet.

Organisations-ID 31800	Teststellen-ID 31800
Dazugehörige Adresse Amalienstraße	Hausnummer 138
Dazugehörige Postleitzahl 06844	Dazugehöriger Ort Dessau-Roßlau
Bezeichnung des verwendeten Antigentests CLUNGENE COVID-19 Antigen Corona Rapid Test Device –ID 1363 (ehem. Test-ID: AT079/20)	Testergebnis <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Test durchgeführt von: _____ Vorname, Name	Testdatum/Uhrzeit ____ / ____ / 2023 ____ : ____ Uhr
_____ Unterschrift der Mitarbeiterin des DRK / des Mitarbeiters des DRK	