

# Einverständniserklärung zur Durchführung eines PoC-Antigen-Tests

PoC-Antigen-Tests (Point-of-Care- Antigen-Tests) sollen genutzt werden, um zeitnahe Ergebnisse über das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu erhalten und die Gefahr der Ausbreitung des SARS-CoV-2 Virus zu reduzieren respektive zu verhindern.

Eine Verpflichtung zur Testung besteht nicht, ich möchte mich freiwillig testen lassen.

Die Durchführung der Testung erfolgt durch geschultes Personal mittels eines Nasen-Rachenabstrichs. Das Ergebnis liegt in der Regel nach ca. 15 Minuten vor.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass im Falle einer positiven Testung das Gesundheitsamt über das Testergebnis namentlich und unverzüglich informiert werden muss. Weiterhin versichere ich, dass ich mich im Falle einer positiven Testung unverzüglich und ohne Umwege in häusliche Quarantäne begeben werde. In einem Informationsgespräch wurde ich zudem über die Durchführung und die Risiken der Testung aufgeklärt.

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Durchführung einer PoC-Antigen-Testung nach den Vorschriften der „Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV)“ in der geltenden Fassung gegenüber dem DRK Kreisverband Meißen e. V.

- Die Testung soll **kostenpflichtig** erfolgen.
- Die Testung soll **kostenlos**, auf folgender Grundlage erfolgen:

<b>Kontaktperson</b> <input type="checkbox"/> <b>Haushaltsangehörige</b> (§ 4 Abs. 2 Nr. 2 und 6) <input type="checkbox"/> <b>Corona-Warn-App</b> (§ 4 Abs. 2 Nr. 5.) <input type="checkbox"/> <b>Schule, Kita, Events</b> (§ 4 Abs. 2 Nr. 4.) <input type="checkbox"/> <b>Sonstige</b>	<b>Minderjährige</b> <input type="checkbox"/> <b>Schülertestung</b> (bis 12 Jahre und 3 Monate; § 4a Nr. 1) <input type="checkbox"/> <b>Jugendtestung</b> (§ 4a Nr. 3)	<b>Impfungsfähigkeit</b> <input type="checkbox"/> <b>Medizinische Kontraindikation</b> (§ 4a Nr. 2) <input type="checkbox"/> <b>Schwangere</b> (§ 4a Nr. 2)	<b>Impfstoffstudie</b> <input type="checkbox"/> <b>Studierende mit nicht anerkannter Impfung</b> (§ 4a Nr. 3) <input type="checkbox"/> <b>Teilnehmer von Corona-Impfstoff-Studien</b> (§ 4a Nr. 4)	<b>Sonstige</b> <input type="checkbox"/> <b>Freitestung</b> (§ 4a Nr. 5)
<b>Unternehmen/Einrichtung</b> <input type="checkbox"/> <b>Behandlung, Betreuung, Pflege oder Unterbringung</b> (§ 3 Abs. 1 Nr. 1) <input type="checkbox"/> <b>Tätigkeit in Einrichtung</b> (§ 3 Abs. 1 Nr. 2) <input type="checkbox"/> <b>sonstige Anwesenheit</b> (§ 3 Abs. 1 Nr. 3)		<b>Verbreitungsverhütung</b> <input type="checkbox"/> <b>Beginn einer Behandlung/Unterbringung</b> (§ 4 Abs. 1 Nr. 1) <input type="checkbox"/> <b>aktuelle oder beginnende Tätigkeit</b> (§ 4 Abs. 1 Nr. 2) <input type="checkbox"/> <b>laufende Behandlung/Unterbringung; Besuch</b> (§ 4 Abs. 1 Nr. 3) <input type="checkbox"/> <b>Eingliederungshilfe: Behandlung/Unterbringung; Besuch</b> (§ 4 Abs. 1 Nr. 4)		

Ich habe den Mitarbeitern des Testzentrums einen Nachweis über das Vorliegen der gesetzlichen Kostenbefreiung vorgelegt und erkläre deren Echtheit.

Mein Einverständnis kann ich jederzeit und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf meines Einverständnisses wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
(Druckschrift)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(Straße, Nr., PLZ, Ort)

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Unterschrift der getesteten Person **bzw. des gesetzlichen Vertreters**

## Datenschutzinformation

Im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir 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 – insofern 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 Nachname, Geburtsdatum, Anschrift, Art der Leistung, Testgrund, Tag, Uhrzeit und das Ergebnis der Testung, Test-ID, 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 der Daten erfolgt gemäß § 7 Abs. 5 Satz 1 TestV nach dem 31.12.2024.

Die Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne diese 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 wenden.