



Corona Testzentrum Bad Emstal

Einverständniserklärung Antigen-Test SARS-CoV-2

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

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasopharyngealer Abstrich durchgeführt. Dafür wird die Probe durch einen Abstrich mittels eines in den Rachen und 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, sich in häusliche Quarantäne zu begeben und das zuständige Gesundheitsamt zu informieren. Im Falle eines positiven Testergebnisses ist das Testzentrum ebenso verpflichtet wie der Testling, das Testergebnis namentlich und unverzüglich dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden.

Ein negatives Testergebnis bedeutet nicht, dass eine COVID-19-Infektion sicher ausgeschlossen werden kann.

Grund der Testung: Bürgertest nach §4a Coronavirus Testverordnung.

Der verwendete PoC-Test (COVID-19 Antigen Rapid Test (Kolloidal Gold) der Firma Joinstar Biomedical Technology Co Ltd) entspricht mit einer Sensitivität von 96,10 % und einer Spezifität von 99,20% den Anforderungen des BfArM und der WHO (Stand 01.07.21). Der Test wurde vom Paul-Ehrlich-Institut unabhängig evaluiert und geprüft.

BfArM Test-ID: AT236/20

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

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail : _____

Datum, Uhrzeit: _____

Fragebogen zur Selbsteinschätzung

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: wie Husten, Fieber, Atemnot, Durchfall sonstige Erkältungssymptome ?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona- Verdacht besteht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Falls Sie eine der genannten Fragen mit Ja beantworten müssen, dürfen wir Sie **nicht** testen.

<p>Informationen zum Datenschutzinformation</p> <p>Sehr geehrte/r Patient/in,</p> <p>im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir,</p> <p>das Corona Testzentrum Bad Emstal personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Namen, 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.</p> <p>Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt im Fall einer positiven Testung nach 4 Wochen. 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. Die Löschung Ihrer Daten bei Negativtestung erfolgt unverzüglich nach Ergebnismitteilung.</p> <p>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.</p>
--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorherig aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test und zum Datenschutz gelesen habe und ich der Durchführung des Tests zustimme. Die Kosten werden vom Staat übernommen

Bad Emstal, den _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift Testzentrum