

Selbsterklärung des Patienten zur Symptomfreiheit

Frage	Ja	Nein
1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer an Covid-19 erkrankten Person?		
2. Hatten Sie in den letzten Tage eins der folgenden Symptome?		
Husten (insbesondere trockenen Reizhusten)		
Fieber		
Atembeschwerden		
Verlust oder Störung von Geruchs- oder Geschmackssinn		
Starke Magen-Darm Beschwerden		

Bitte vervollständigen Sie die folgenden Angaben in Druckbuchstaben:

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Strasse:
PLZ und Ort:
Telefonnummer:

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Fragen gelesen, verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Die vorgeschriebenen Hygiene-, Schutz- und Abstandsregelungen werden von mir beachtet und eingehalten.

Ort und Datum

Unterschrift



Bescheinigung über das Testergebnis des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 in der Apotheke (COVID-19 rapid antigen test result certificate)*

Ein

positives (*positive*) negatives (*negative*)

COVID-19 Testergebnis wird bescheinigt für: (*COVID-19 rapid antigen test result is certified for:*)

Nachname (Surname)		Vorname (First Name)	
Adresse (Address)		Geburtsdatum (Date of Birth)	Geschlecht (Gender) <input type="checkbox"/> weiblich (female) <input type="checkbox"/> männlich (male) <input type="checkbox"/> divers (diverse)

Der PoC-Antigentest auf SARS-CoV-2 wurde durchgeführt von:
(*COVID-19 rapid antigen test was performed by:*)

Nachname (Surname)		Vorname (First Name)	
Probennahmeverfahren (Sample origin) Nasopharyngealabstrich (nasopharyngeal swab)		Stempel (Stamp)	
Name, Adresse und Kontaktdaten der Apotheke (Name, Address and Contact details of the pharmacy) Adler Apotheke Apotheker Tobias Münkner e.K. Hildesheimer Str. 372 30880 Laatzen-Rethen			
Bezeichnung des verwendeten Tests (Commercial name of the test used) SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test 			

Datum und Uhrzeit der Testung
(Date and time of testing)

Unterschrift
(Sign)

Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise. (*Please follow the following advice.*)

Bitte beachten Sie:

Bei Vorliegen eines positiven Testergebnisses auf SARS-CoV-2 begeben Sie sich bitte umgehend in häusliche Quarantäne und kontaktieren Sie zur weiteren Diagnostik und Behandlung telefonisch Ihren Hausarzt. Bei Vorliegen eines negativen Testergebnisses auf SARS-CoV-2 halten Sie sich bitte weiterhin an die geltenden AHA-Regeln (Abstand halten – Hygiene beachten – Alltagsmaske tragen), da dieses Ergebnis nur eine Momentaufnahme darstellt und der Test keine 100%ige Sicherheit bietet. Treten bei Ihnen typische Symptome einer COVID-19-Infektion auf, kontaktieren Sie bitte telefonisch Ihren Hausarzt oder außerhalb der Sprechzeiten den ärztlichen Bereitschaftsdienst unter 116 117. Bei Lebensgefahr, wie starker Atemnot, wenden Sie sich an die 112.

Please note:

In the event of a positive test result for SARS-CoV-2, please immediately enter quarantine at home and contact your primary care physician by telephone for further diagnosis and treatment. If the test result is negative for SARS-CoV-2, please continue to follow the applicable rules (keep your distance - observe hygiene - wear a medical mask), as this result is only reliable for a short time and the test does not provide 100% certainty. If you develop typical symptoms of a COVID-19 infection, please call your primary care physician or the medical on-call service outside office hours on 116 117. In case of danger to life, such as severe respiratory distress, contact 112.



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

Bei der Durchführung des PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasopharyngealabstrich 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 ein PCR-Test durchführen zu lassen und sich in häusliche Quarantäne zu begeben.

Im Falle eines positiven Testergebnisses ist die Apotheke 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-Antigentests auf SARS-CoV-2

Ich, _____, geboren am _____,

wohnhaft _____ (Straße), _____ (PLZ, Ort),

Telefon _____, E-Mail (freiwillig) _____,

habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,
im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir **Adler-Apotheke, Hildesheimer Str. 372, 30880 Laatzen, Tobias Münkner e.K.** als Verantwortliche 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.

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.

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 unsere Datenschutzbeauftragte **Sabine Herrmann, Adler-Apotheke, Hildesheimer Str. 372, 30880 Laatzen** wenden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers