

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



Körpertemperatur:	Interne Test-ID:
-------------------	------------------

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

Bei der Durchführung der PoC-Antigenschnelltests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasen-/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 sich der Getestete unverzüglich in häusliche Quarantäne zu begeben. Im Falle eines positiven Testergebnisses ist die Apotheke verpflichtet, das Testergebnis namentlich und unter Angabe der Kontaktdaten, inkl. Telefonnummer, dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden. Die Meldeverpflichtung 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 der Angabe Ihrer persönlichen Daten sowie der nachfolgend unterzeichneten Einverständniserklärung durchgeführt werden.

Name, Vorname*: _____

Geburtsdatum*: _____

Straße*: _____

PLZ / Wohnort*: _____

Telefon*: _____

E-Mail: _____

*Pflichtfeld, bitte beachten
Sie die Datenschutz-
Informationen zur
Einverständniserklärung!

Die Übermittlung meines Testergebnisses soll auf folgendem Wege erfolgen:

- Papierform (auf eine elektronische Erfassung meiner persönlichen Daten verzichte ich)
- Datei im pdf-Format per E-Mail
- Digitales COVID-19-Testzertifikat nach § 22 Abs. 7 Infektionsschutzgesetz (**Corona-Warn-App erforderlich!**)
- Übermittlung an die Corona-Warn-App

Ausweiskontrolle wurde durchgeführt
.....
Unterschrift des überprüfenden Mitarbeiters

Einverständniserklärung zur Durchführung eines PoC-Antigenschnelltests auf SARS-CoV-2 durch geschultes Personal der Wartburg Apotheke, Nordplatz 23, 99817 Eisenach

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

Weiterhin bestätige ich mit meiner Unterzeichnung der Einverständniserklärung, die Richtigkeit meiner persönlichen Daten und die Datenschutzinformation im Aushang der Apotheke gelesen zu haben und stimme dieser zu.

Ich bestätige die ordnungsgemäße Durchführung des Tests. (nach Testdurchführung unterschreiben)
.....
Unterschrift Testperson bzw. gesetzl. Vertreter

Eisenach,

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift **Testperson** bzw. gesetzl. Vertreter

Unterschrift Testpersonal/Apotheker/in

Selbstauskunft über Anspruch auf kostenlosen Test/ Durchführung mit Eigenanteil von 3 €

- Anspruch auf kostenlosen Test haben:

	Personengruppe	Nachweis	Geprüft (MA-Kürzel)
1	Kind, welches das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet hat	Bitte Ausweis/ Versichertenkarte vorzeigen!	
2	Schwangere Person im ersten Trimenon oder Person mit medizinischer Kontraindikation, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden kann	Bitte Nachweis vorzeigen!	
3	Studienteilnehmer: Person, die an klinischen Studien zu Corona-Impfstoffen teilnimmt oder in den letzten drei Monaten teilgenommen hat	Name der Studie:	
4	Infizierte Person, die sich in Quarantäne befindet und sich Freitesten lassen möchte.	Bitte Nachweis vorzeigen (positiver PCR-Test, Quarantäne-Anordnung vom Landratsamt)	
5	Heutiger Besuch von einer Person, die in einer Einrichtung (z.B. Pflegeheim, Krankenhaus) versorgt wird	Name und Ort der Einrichtung:	
6	Kontaktperson von einer Person, die infiziert ist und im selben Haushalt lebt	Name der Kontaktperson:	
7	Pflegeperson (pflegender Angehöriger) im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Sozialgesetzbuches	Bitte Nachweis vorzeigen!	
8	Betreuer (§29 des Neunten Sozialgesetzbuches)	Bitte Nachweis vorzeigen!	

- Schnelltest mit 3 € Eigenanteil:

	Personengruppe	Nachweis	Geprüft (MA-Kürzel)
9	Heutiger Besuch einer Veranstaltung (Innenraum)	Name/ Ort der Veranstaltung:	
10	Heutiger Besuch einer Person über 60 Jahre oder einer Person, die aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an Covid-19 zu erkranken	Name der Besuchten Person:	
11	Rote Corona-Warn-App (Warnung, Statusanzeige erhöhtes Risiko)	Bitte App vorzeigen!	

Hiermit bestätige ich, dass ich zu der oben genannten Personengruppe unter Punkt gehöre und meine Angabe und Nachweise der Wahrheit entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift **Testperson** bzw. gesetzlicher Vertreter