

Hinweise zum COVID-19 Antigen Speichel-Schiebetest

Bei der Durchführung des **COVID-19 Antigen Speichel-Schiebetest** auf SARS-CoV-2 wird ein Teststab unter die Zunge gelegt.

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 die Teststelle verpflichtet, das Testergebnis namentlich dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden.

Ein negatives Testergebnis bedeutet nicht, dass eine Infektion mit SARS-COV-2 sicher ausgeschlossen werden kann. Das Ergebnis stellt lediglich den Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung dar.

Erklärung zur Durchführung eines COVID-19 Antigen Speichel-Schiebetest auf SARS-CoV-2

Ich, _____, geboren am _____

wohnhaft: _____ (Straße, Nr.), _____ (PLZ, Ort),

Telefon _____, E-Mail (freiwillig) _____

habe die oben aufgeführten Hinweise zum COVID-19 Antigen Speichel-Schiebetest auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu. Im Rahmen der Bürgertestung gebe ich hiermit für die testende Einrichtung folgende verbindliche **Datenschutzinformation**:

Sehr geehrte/r Bürger/in,
im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten COVID-19 Antigen Speichel-Schiebetest auf SARS-CoV-2 erhebt das o. g. Testzentrum als Verantwortlicher 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 unmittelbar nach Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne diese als Pflichtfelder markierten Daten können wir den Test jedoch nicht durchführen.

Erklärung:

Ich verzichte unwiderruflich darauf, gegenüber der Bundesrepublik Deutschland, dem Land Brandenburg, den zuständigen kommunalen Behörden oder der testenden Person Schadensersatz für Schäden geltend zu machen, die im Rahmen der Durchführung der Hilfeleistung, insbesondere durch die Durchführung der Testungen, entstehen können. Ebenso verpflichte ich mich, diesen genannten Personenkreis von entsprechenden Schadensersatzansprüchen Dritter freizuhalten, wenn diese im Zusammenhang mit der Testung geltend gemacht werden sollten. Dies gilt jeweils nicht, wenn die testende Person den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

Ich habe die Hinweise gelesen, verstanden und bin damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des zu Testenden bzw.
der gesetzlichen Vertretung



Selbsteinschätzung

Sehr geehrte/r Bürger/innen, aufgrund der aktuellen Corona-Virus-Situation möchten wir Sie bitte die folgenden Fragen zu beantworten:

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

Ort, Datum

Unterschrift des zu Testenden bzw.
der gesetzlichen Vertretung

Vielen Dank für Ihr Verständnis.