

**Teststelle Wolkenstein , Am Kurpark 7, 09429 Wolkenstein**  
**Erklärung zur Durchführung eines PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2**

Ich (Name, Vorname) **x** \_\_\_\_\_ geboren am **x** \_\_\_\_\_

wohnhaft in (Straße) **x** \_\_\_\_\_

(Ort, PLZ) **x** \_\_\_\_\_

Telefon **x** \_\_\_\_\_ E-Mail (freiwillig) \_\_\_\_\_

habe die Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 zur Kenntnis genommen und stimme der Durchführung zu.

Testgrund ist  Kostenloser Bürgertest (§ 4a)  sonstiges \_\_\_\_\_

**Übermittlung Testergebnis ( Auswahl treffen **x** )**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Papierform  | <input type="checkbox"/> Datei im pdf-Format per QR Code / App |
| <input type="checkbox"/> Digitales COVID-19-Testzertifikat nach § 22 Abs. 7 Infektionsschutzgesetz | <input type="checkbox"/> Übermittlung an die Corona-Warn-App   |

**Test-ID des PoC-Antigentests: AT269/21**

Datenschutzinformation
Sehr geehrte/r Patient/in, im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir
<b>Teststelle Wolkenstein, Teststelle Wolkenstein Erzgebirge</b>
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.
Wenn Sie die Ausstellung eines digitalen COVID-19-Testzertifikats und/oder die Übermittlung Ihres Testergebnisses an die Corona-Warn-App wünschen, nutzen wir hierfür das offizielle System des Robert-Koch-Instituts (RKI). Das RKI ist Verantwortlicher für die Datenverarbeitung in diesem System. Nähere Datenschutzinformationen erhalten Sie direkt in der Corona-Warn-App oder unter <a href="https://www.coronawarn.app/de/privacy/">https://www.coronawarn.app/de/privacy/</a> .
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 – sofern 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 Nachnamen, Geburtsdatum, Anschrift, Art der Leistung, Testgrund nach §§ 2 bis 4b TestV, Tag, Uhrzeit und das Ergebnis der Testung, Test-ID, Mitteilungsweg des Ergebnisses, Zustimmung/Ablehnung der Übermittlung an die Corona-Warn-App, 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 i.V.m. den darauf beruhenden Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt gemäß § 7 Abs. 5 Satz 1 TestV nach dem 31. Dezember 2024. Die Bescheinigung über das Testergebnis, sowie bei positiver Testung der Nachweis der Meldung an das Gesundheitsamt werden gemäß § 7 Abs. 5 Satz 4 TestV zum 31. Dezember 2022 gelöscht.
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 unseren Verantwortlichen für Datenschutz wenden: <a href="mailto:info@testen-wolkenstein.de">info@testen-wolkenstein.de</a>

Ort, Datum, **x** \_\_\_\_\_

**x**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der getesteten  
Person bzw.  
ihres/r gesetzlichen Vertreters/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Testpersonals

**Auszufüllen nach Durchführung des Tests:**

Ich bestätige gem. § 7 Abs. 5 Satz 2 Nr. 8 TestV  
die ordnungsgemäße Durchführung des Tests.

**x**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der getesteten  
Person bzw.  
ihres/r gesetzlichen Vertreters/in