

Erklärung zur Durchführung eines POC-Antigentests auf SARS-CoV-2 (DATENSCHUTZ)

Ich, _____ (Name, Vorname), 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.

Übermittlung Testergebnis

- Papierform

Test-ID des PoC-Antigentests : Clungene Rapid Test AT 079/20

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir **Vita Apotheke, Neuer Markt 1, 78052 Villingen – Schwenningen, Inh. Anja Mahler** als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihnen 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.

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 unseren Datenschutzbeauftragten (Name, Kontaktdaten) wenden.

Ort, Datum, Uhrzeit: _____

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

Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers