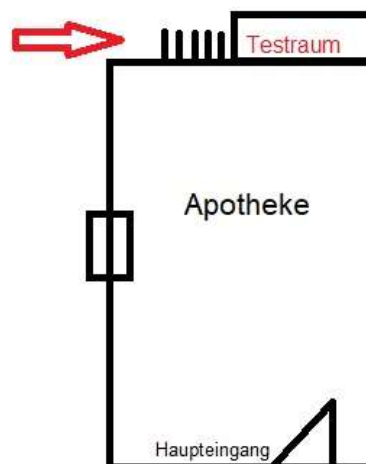


Checkliste für Corona Test in der Lohhof Apotheke

- Drucken Sie diese Datei bitte vollständig aus.
- Füllen Sie beide Formulare aus und bringen diese zu Ihrem Termin mit.
- Beachten Sie bitte, dass die Auswertung, Dokumentation und Erstellung des Zertifikates auf Grund der Arbeitsabläufe **ca. 1-2 Stunden dauert!!!**
- Machen Sie bitte telefonisch unter 09132-63283 bei uns einen Termin aus.
- Wenn Sie zum Abstrich kommen, betreten Sie bitte NICHT die Apotheke. Die Abstriche werden in einem gesonderten Raum entnommen. Bitte warten Sie vor dem Raum, Sie finden ihn auf der Rückseite der Apotheke (s.Bild unten)
- Denken Sie an Ihren Personalausweis.
- Sie dürfen keine Krankheitssymptome haben (bitte Arzt anrufen).
- Verwenden Sie keine Nasensprays oder Gurgellösungen mehrere Stunden vor dem Abstrich.
- Bitte putzen Sie direkt vor dem Abstrich Ihre Nase.
- Bei Reisen informieren Sie sich bitte, wie „alt“ der Test maximal sein darf. Bitte geben Sie bei der Terminvereinbarung an, dass Sie die Bescheinigung für eine Reise benötigen.
- Sagen Sie bitte rechtzeitig ab, wenn Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können.



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 Antigen test 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. Mir ist bekannt, dass ich die Kosten dafür selbst tragen muss, wenn ich die Voraussetzung für die Bürgertetung nicht erfülle.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir **die Lohhof Apotheke, Susanne Kmeth e.Kfr, Schützengraben 62, 91074 Herzogenaurach** 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. 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. Ihre Daten werden automatisch nach Ablauf der aktuellen gültigen gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht (Stand 7/21: 31.12.2024).

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.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers



Copyright © Bundesapothekerkammer



Lohhof Apotheke, Susanne Kmeth e.Kfr., Schützengraben 62, 91074 Herzogenaurach, Tel: 09132-63283, info@lohhof-apotheke.de, www.lohhof-apotheke.de

Fragebogen zur Selbsteinschätzung und Doku des Testes

Name, Vorname: Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren, aufgrund der aktuellen Corona-Virus-Situation möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: wie Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome ?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5. Haben Sie in den letzten Stunden eine Gurgellösung oder ein Nasenspray (egal welches) verwendet?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
6. Grund der Testung	
7. Benötigen Sie eine schriftliche Bestätigung des Testergebnisses?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
8. Einbindung des Zertifikates in die Corona Warn App? (voraussichtlich ab 8/21)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

.....
Unterschrift Patient (m/w/d)

nachfolgend von der Apotheke auszufüllen:

Datum und Uhrzeit der Testung: _____

Ergebnis: negativ positiv

Mitteilung des Ergebnisses: Email Zertifikat mitgegeben mündliche Übermittlung gewünscht

Test ID: _____

Unterschrift (Tester) : _____

