

Covid-19-Test

Persönliche Daten der Testperson (von der Testperson auszufüllen)

Name, Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Beauftragte Leistung:

- Corona - Antigen - Schnelltest, Test 1 x wöchentlich, **kostenfrei**
- Corona - Antigen - Schnelltest, **Wiederholungstest** 29,00 EUR
- Corona - PCR - Test, **auf Wunsch**, Ergebnis frühestens nach einem Tag vorliegend 69,00 €
- Corona - PCR - Test, auf Wunsch, mit Reisebestätigung, nur mit Personalausweis/Reisepass 89,00 €
- Reisepass Personalausweis, Nummer: _____

Ich bestätige, dass ich diese Woche noch keinen kostenfreien Corona - Antigen - Schnelltest erhalten habe.

Ich bestätige, dass aktuell keine Symptome bestehen bzw. kein Verdacht auf eine Covid-19 - Erkrankung besteht.

Ich bestätige, dass mir die Aufklärung zur Durchführung des Tests und die Hinweise zum, Datenschutz übergeben wurden und erteile hiermit die Einwilligung zur Durchführung eines Abstrichs im Nasen-Rachen-Raum mit anschließendem Test. Des Weiteren bin ich mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einverstanden.

Datum: _____  Unterschrift: _____ 

Wird vom Testpersonal ausgefüllt:

Vorgenannte Person wurde heute mittels eines SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test der Fa. Roche auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 getestet. Das Testergebnis war

negativ

positiv*

Unterschrift/Stempel der Einrichtung

*Im Falle eines positiven Testergebnisses wird diese Bescheinigung vom Schnelltestzentrum an das örtliche Gesundheitsamt weitergeleitet. Weitere Maßnahmen seitens der Testperson müssen ergriffen werden. Hierzu wird auf das beigegefügte Informationsblatt verwiesen. Über die Verpflichtung zur Einhaltung der Isolation wurde informiert:

Unterschrift Verdachtsperson

Die beauftragte Leistung wurde in oben genannter Höhe entrichtet.

Bar Geld

EC-Cash

Betrag erhalten, Hz. _____

Wird durch Verwaltung ausgefüllt MVZ Klinik

Aufklärung über die Durchführung der Testung auf das Coronavirus SARS-CoV-2

Zum Nachweis einer akuten SARS-CoV-2-Infektion stehen Ihnen in unserem Testzentrum sowohl Antigen-Schnelltests als auch PCR-Tests zur Verfügung. Bei beiden Testverfahren ist zunächst die Entnahme von Untersuchungsmaterial erforderlich. Dies erfolgt mittels eines Abstrichs im Nasen-Rachen-Raum. Der Abstrich erfolgt durch medizinisch ausgebildetes Fachpersonal. Diese Entnahme ist in den meisten Fällen medizinisch unbedenklich. Folgende Unannehmlichkeiten bzw. Risiken können dabei jedoch auftreten: Reizung der Nasenschleimhäute, Würgereiz, Blutungen im Entnahme-Raum, Niesen, Husten, Verschlucken.

Das Testverfahren mittels Antigen-Schnelltest ist antigenbasiert und dient dem schnellen und direkten Nachweis einer akuten Infektion mit SARS-CoV-2. In unserem Testzentrum werden ausschließlich Tests verwendet, die vom Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistet sind und die die vom Paul-Ehrlich-Institut (PEI) in Abstimmung mit dem Robert-Koch Institut (RKI) festgelegten Mindestkriterien für Antigen-Tests erfüllen.

Die Auswertung des Schnelltests sowie die Befundmitteilung erfolgen vor Ort (das Testergebnis liegt nach 15 Minuten vor). Ein negatives Antigen-Testergebnis schließt die Möglichkeit einer Infektion mit SARS-CoV-2 nicht 100%ig aus.

Der PCR-Test ist der Goldstandard unter den Corona-Tests. Mittels PCR-Test kann zuverlässig nachgewiesen werden, ob Erreger in Ihren Atemwegen vorhanden sind. Der Test beruht auf der sogenannten Polymerase-Kettenreaktion (polymerase chain reaction, PCR). Dabei wird Erbmateriale des Virus vervielfältigt. Dadurch gelingt es, Viren nachzuweisen, auch wenn erst wenige Erreger vorhanden sind. Die Auswertung des PCR-Tests erfolgt im Labor, das Testergebnis liegt nach ca. 1 bis 2 Tagen vor.

Einwilligung zur Nutzung der Daten im Rahmen der Testung auf das Coronavirus SARS-CoV-2

Auf Grundlage der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit zum Anspruch auf Testungen in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung -TestV) bieten wir die Testung auf das Coronavirus SARS-CoV-2 an. Die Testung findet in unserem Haus statt und ist für Sie kostenfrei.

Hierzu werden folgende Daten von Ihnen erfasst: Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Geschlecht, private Festnetz- oder Mobilfunknummer, Erst- oder Folgeabstrich sowie Abnahmedatum mit Uhrzeit. Sofern Sie über die Corona Warn-App verfügen wird Ihre Mobilfunknummer dokumentiert. Diese personenbezogenen Daten werden mittels der von Ihnen ausgefüllten Einwilligungserklärung zur Testung sowie des OEGD-Scheins erhoben.

Die o.g. personenbezogenen Daten werden mit dem Abstrich an das Labor Becker & Kollegen in Bamberg, Heinrichstr. 1, 96047 Bamberg oder ein anderes Institut zur Labordiagnostik weitergeleitet, dort verarbeitet und gespeichert.

Die Datenspeicherung, -verarbeitung und -weitergabe durch die Klinik erfolgt daneben zu Abrechnungs- und Prüfzwecken sowie ggf. zu statistischen Zwecken an die KVB Bayern, Eisenheimerstraße 39, 80687 München.

Im Falle eines positiven Testergebnisses werden die o.g. personenbezogenen Daten an das Gesundheitsamt des Landratsamtes Bad Kissingen, Salinenstraße 1, 97688 Bad Kissingen weitergeleitet.

Im Hinblick auf die bestehenden datenschutzrechtlichen Regelungen ist die Franz von Prümmer Klinik GmbH, Bahnhofstraße 16, 97769 Bad Brückenau für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortlich.

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Bernd Kircher, Kircher Datenschutz, Telegraphengasse 1, 36037 Fulda, E-Mail: kircher@datenschutz-kanzlei.com

Die Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf Basis der Einwilligung Art. 6 Abs. 1 Buchst a) in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 Buchst. a) Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) in Verbindung mit der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit zum Anspruch auf Testungen in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2. Die Daten werden bis längstens 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres gespeichert.

Als Betroffene haben Sie laut DSGVO folgende Rechte: Auskunft (Art. 15), Berichtigung (Art. 16), Löschung (Art. 17), Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18), Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21), Datenübertragbarkeit (Art. 20), Widerruf der Einwilligung (Art. 7 Abs. 3). Zur Wahrnehmung Ihrer gesetzlichen Rechte können Sie uns gerne direkt ansprechen. Selbstverständlich haben Sie auch das Recht auf Beschwerde bei der Datenschutz-Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Dies ergibt sich aus Art. 77 DSGVO. Die Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde (Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 18, 91522 Ansbach) kann formlos erfolgen.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sollten Sie diese Einwilligung nicht erteilen, ist jedoch eine Testung auf das Coronavirus SARS-CoV-2 nicht möglich. Sie können die Einwilligung in die Datenübermittlung durch unsere Einrichtung bis zum Zeitpunkt der Übermittlung an die zuständigen Stellen gegenüber unserer Einrichtung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Die Widerrufserklärung ist zu richten an:

Franz von Prümmer Klinik GmbH, Bahnhofstraße 16, 97769 Bad Brückenau, info.cfv@de.capio.com

Einverständniserklärung

Hiermit willige ich ein, dass die von mir im Zusammenhang mit der durchzuführenden Testung auf das Coronavirus SARS-CoV-2 erhobenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Geschlecht, private Festnetz- oder Mobilfunknummer, Erst- oder Folgeabstrich, Abnahmedatum mit Uhrzeit) an das Labor Becker & Kollegen in Bamberg, Heinrichstr. 1, 96047 Bamberg oder ein anderes Institut zur Labordiagnostik weitergeleitet, dort verarbeitet und gespeichert sowie zu Abrechnungs- und Prüfzwecken und ggf. zu statistischen Zwecken an die KVB Bayern, Eisenheimerstraße 39, 80687 München weitergegeben und verarbeitet werden.

Covid-19-Test

Persönliche Daten der Testperson (von der Testperson auszufüllen)

Name, Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Beauftragte Leistung:

- Corona - Antigen - Schnelltest, Test 1 x wöchentlich, **kostenfrei**
- Corona - Antigen - Schnelltest, **Wiederholungstest** 29,00 EUR
- Corona - PCR - Test, **auf Wunsch**, Ergebnis frühestens nach einem Tag vorliegend 69,00 €
- Corona - PCR - Test, auf Wunsch, mit Reisebestätigung, nur mit Personalausweis/Reisepass 89,00 €
- Reisepass Personalausweis, Nummer: _____

Ich bestätige, dass ich diese Woche noch keinen kostenfreien Corona - Antigen - Schnelltest erhalten habe.

Ich bestätige, dass aktuell keine Symptome bestehen bzw. kein Verdacht auf eine Covid-19 - Erkrankung besteht.

Ich bestätige, dass mir die Aufklärung zur Durchführung des Tests und die Hinweise zum, Datenschutz übergeben wurden und erteile hiermit die Einwilligung zur Durchführung eines Abstrichs im Nasen-Rachen-Raum mit anschließendem Test. Des Weiteren bin ich mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einverstanden.

Datum: _____  Unterschrift: _____ 

Wird vom Testpersonal ausgefüllt:

Vorgenannte Person wurde heute mittels eines SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test der Fa. Roche auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 getestet. Das Testergebnis war

negativ

positiv*

Unterschrift/Stempel der Einrichtung

*Im Falle eines positiven Testergebnisses wird diese Bescheinigung vom Schnelltestzentrum an das örtliche Gesundheitsamt weitergeleitet. Weitere Maßnahmen seitens der Testperson müssen ergriffen werden. Hierzu wird auf das beigegefügte Informationsblatt verwiesen. Über die Verpflichtung zur Einhaltung der Isolation wurde informiert:

Unterschrift Verdachtsperson

Die beauftragte Leistung wurde in oben genannter Höhe entrichtet.

Bar Geld

EC-Cash

Betrag erhalten, Hz. _____

Wird durch Verwaltung ausgefüllt MVZ Klinik

Covid-19-Test

Persönliche Daten der Testperson (von der Testperson auszufüllen)

Name, Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Beauftragte Leistung:

- Corona - Antigen - Schnelltest, Test 1 x wöchentlich, **kostenfrei**
- Corona - Antigen - Schnelltest, **Wiederholungstest** 29,00 EUR
- Corona - PCR - Test, **auf Wunsch**, Ergebnis frühestens nach einem Tag vorliegend 69,00 €
- Corona - PCR - Test, auf Wunsch, mit Reisebestätigung, nur mit Personalausweis/Reisepass 89,00 €
- Reisepass Personalausweis, Nummer: _____

Ich bestätige, dass ich diese Woche noch keinen kostenfreien Corona - Antigen - Schnelltest erhalten habe.

Ich bestätige, dass aktuell keine Symptome bestehen bzw. kein Verdacht auf eine Covid-19 - Erkrankung besteht.

Ich bestätige, dass mir die Aufklärung zur Durchführung des Tests und die Hinweise zum, Datenschutz übergeben wurden und erteile hiermit die Einwilligung zur Durchführung eines Abstrichs im Nasen-Rachen-Raum mit anschließendem Test. Des Weiteren bin ich mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einverstanden.

Datum: _____  Unterschrift: _____ 

Wird vom Testpersonal ausgefüllt:

Vorgenannte Person wurde heute mittels eines SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test der Fa. Roche auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 getestet. Das Testergebnis war

negativ

positiv*

Unterschrift/Stempel der Einrichtung

*Im Falle eines positiven Testergebnisses wird diese Bescheinigung vom Schnelltestzentrum an das örtliche Gesundheitsamt weitergeleitet. Weitere Maßnahmen seitens der Testperson müssen ergriffen werden. Hierzu wird auf das beigegefügte Informationsblatt verwiesen. Über die Verpflichtung zur Einhaltung der Isolation wurde informiert:

Unterschrift Verdachtsperson

Die beauftragte Leistung wurde in oben genannter Höhe entrichtet.

Bar Geld

EC-Cash

Betrag erhalten, Hz. _____

Wird durch Verwaltung ausgefüllt MVZ Klinik