**Hinweise zum PoC-Antigentest auf SARS-CoV-2 mittels Spuck-Speicheltest**

Der COVID-19 Schnelltest hier in Form eines Spuck-Speicheltests dient dem qualitativen Nachweis des neuartigen Corona Virus in Speichelproben aus dem hinteren Rachenraum.

Ist der Antigentes positv, soll der Getestete unverzüglich einen PCR-Test durchführen lassen uns sich in häusliche Quarantäne begeben.

Im Falle eines positiven Testergebnisses sind wir verpflichtet, das Testergebnis namentlich dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden.

Ein negatives Ergebnis bedeutet nicht, dass eine COVID-19-Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Das Ergebnis stellt lediglich den Gesundheitsstatus zum Zweitpunkt der Testdurchführung das.

**Erklärung zur Durchführung von PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 mittels Spuck-Speicheltest**

Ich (Name des Erziehungsberechtige/r) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bin mit der

Teilnahme meines Kindes, Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

wohnhaft (PLZ, Ort, Straße) ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Emailadresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

am PoC-Antigentest einverstanden und habe die oben aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung zu. Mit ist bekannt, dass die Kosten im Rahmen der Testung über das Land Baden-Württemberg abgerechnet werden.

|  |
| --- |
| Datenschutzinformation:  Sehrgeehrte/r Patient,  imRahmen des beiIhnendurchgeführtenPoC-Antigentest auf SARS-CoV-2 erhebenwir (Stadtverwaltung Albstadt, Marktstraße 35, 72458 Albstadt) alsVerantwortlichepersonenbezogeneDaten von Ihnen. WirverarbeitenIhrenNamen, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummern und Email-Adresse, um imFalleeinespositivenTestergebnisses das zuständigeGesundheitsamtdarüberzuinformieren und diesemIhrepersönlichenDatennach § 8 Abs. 1 Nr. 5 IfSGweiterzugeben.  Rechtsgrundlage der Datenverarbeitungist Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. EineLöschungIhrerDatenerfolgtim Fall einerpositivenTestungnach 4 Wochen. Um die unverzüglicheKontaktaufnahme des GesundheitsamtesmitIhnenzugewährleisten, erhebenwir die Rufnummer und IhreEmailadressenach Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Die LöschungIhrerDatenbeiNegativtestungerfolgtunverzüglichnachErgebnismitteilung.  Die BereitstellungIhrerDatenistgrundsätzlichfreiwillig. OhneIhreAngabenkönnenwir den Test jedochnichtdurchführen. Alsbetroffene Person habenSie das Recht auf Auskunftüber die SiebetreffendenpersonenbezogeneDaten und auf BerichtigungunrichtigerDatensowie auf Löschung, soferneiner der in Art. 17 DSGVO genanntenGründevorliegt, z.B. wenn die Datenfür die verfolgtenZweckenichtmehrbenötigtwerden. Siehabenzudem das Recht auf Datenübertragbarkeitsowie auf Einschränkung der Datenverarbeitung. FernerhabenSie das RechtsichbeieinerAufsichtsbehördezubescheren. BeiFragenkönnensiesichjederzeit an unserenDatenschutzbeauftragtenwenden: unter<https://www.albstadt.de/rathaus-und-politik/ueber-www-albstadt/datenschutz> |

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Durchführenden: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_