

Nachweis der Identität

Personalausweis  Reisepass  Führerschein  Krankenversichertenkarte Ausweisnummer

Hiermit versichere ich,

Name/Vorname

geboren am

in

wohnhaft in

Straße / Hausnr. / Ort

dass ich zu folgender Personengruppe gehöre:

**Kostenlose Testungen**

Personen, die zum Zeitpunkt der Testung das fünfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben (§ 4a Absatz 1 Nr. 1 TestV)\*

Name u. Geburtsdatum des Kindes:

Personen, die nicht gegen das Coronavirus geimpft werden können oder in den letzten drei Monaten nicht geimpft werden konnten (aus medizinischen Gründen oder wegen Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel) nach § 4a Absatz 1 Nr. 2 TestV\*

Teilnehmer von Impfwirksamkeitsstudien nach § 4a Abs. 1 Nr. 3 TestV\* (Bis Ende des 1. Trimesters)

Isolierte Personen zur Beendigung der Quarantäne nach § 4a Absatz 1 Nr. 4 TestV\*

Besucher und Bewohner vulnerabler Einrichtungen, z.B. Krankenhäuser, Altenheime und Pflegeeinrichtungen nach § 4a Absatz 1 Nr. 5 TestV

Name u. Anschrift der Einrichtung:

Menschen mit Behinderung, die Unterstützung über das persönliche Budget erhalten (§ 29 SGB IX) sowie deren Assistenzkräfte nach § 4a Absatz 1 Nr. 8 TestV

Ggf. Name der unterstützten Person:

Pflegende Angehörige und weitere Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI nach § 4a Absatz 1 Nr. 9 TestV

Name der zu pflegenden Person:

Personen, die mit einer mit dem Coronavirus infizierten Person in demselben Haushalt leben nach § 4a Absatz 1 Nr. 10 TestV\*

Testnachweis und Nachweis der gleichen Wohnanschrift:

**Testung mit 3 Euro Eigenbeteiligung (§ 4a Abs. 2 TestV)**

Personen, die an dem Tag, an dem die Testung erfolgt nach § 4a Absatz 1 Nr. 6 TestV\*,

eine Veranstaltung in einem Innenraum besuchen werden oder

zu einer Person Kontakt haben werden, die

das 60. Lebensjahr vollendet hat oder

aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken

Nachweis Selbsterklärung

Personen, die durch die Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten haben nach § 4a Absatz 1 Nr. 7 TestV\*

**Testung für Selbstzahler - 12 Euro**

Keine der oben genannten Anspruchsgründe treffen zu. Die Kosten von 12 Euro müssen selbst getragen werden.

Ort, Datum: 

Unterschrift: 

der Testperson bzw. des/der Erziehungsberechtigten

## Ihre Datenschutzinformation

Liebe/r Patient/in,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erhebt die VITALE APOTHEKE 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. 1 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 <https://www.coronawarn.app/de/privacy/>.

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 bis 9, § 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 Datenschutzbeauftragten wenden: Michael Triesch, TRIESCH Managementsysteme & Datenschutz, Rheindamm 13, 40668 Meerbusch, Telefon: 02150 7948980, Email: [datschutzbeauftragter@ds-services.de](mailto:datschutzbeauftragter@ds-services.de)

## Erklärung des Testcenters

- Die Testung war kostenlos.
- Die Eigenbeteiligung in Höhe von 3 Euro wurde entrichtet.
- Die Kosten von 12 Euro für Selbstzahler wurden entrichtet.

Die durch die Testperson vorgenommenen personenbezogenen Angaben wurden seitens der Teststelle auf Richtigkeit überprüft.

Ort, Datum: 

Name/Unterschrift: 

der/des Testenden

### TESTCENTER COBURG

Im Café Prinz Albert  
Ketschengasse 27  
96450 Coburg  
Hotline: 0176/46194079

### TESTCENTER KÜPS

Getränke Ultsch  
Lessingstraße 9  
96328 Küps

### TESTCENTER LICHTENFELS

CITYCENTER LIFE  
Mainau 4  
96215 Lichtenfels  
Hotline: 0179/4174083

### TESTCENTER SONNEFELD

VITALE KLOSTER APOTHEKE  
Marktplatz 14  
96242 Sonnefeld