



Einverständniserklärung zur Durchführung eines SARS CoV2 Bürgerschnelltest

Ich _____, geboren am _____ erkläre hiermit, dass ich mit der Durchführung des Antigen-Schnelltestes SARS-CoV2 einverstanden bin. Die Entnahme von Sekret der Schleimhäute im Nasenrachenbereich wird von einer ärztlich eingewiesenen und delegierten Person durchgeführt. Soweit rechtlich möglich entbinde ich die durchführende Person, den delegierenden Arzt/Ärztin sowie den Malteser Hilfsdienst e.V. von der Schadenshaftungspflicht. Ich bin mir über die möglichen körperlichen Schäden und Komplikationen (Reizung des Nasen-Rachenraumes, Nasenbluten, Allergische Reaktion, Verletzungen im Nasen-Rachenbereich, sowie jede durch den Test ausgelöste Symptome, Erkrankung, Verletzung), die durch den Test entstehen können bewusst und willige wissentlich in die Testdurchführung ein.

Ober-Ramstadt, 18.4.21

Ort, Datum

Unterschrift, Unterschrift Erziehungsberechtigter



**Bescheinigung über das Vorliegen eines positiven
oder negativen Antigentest, zum Nachweis des SARS CoV 2 Virus.**

Getestete Person:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Akt. Aufenthaltsort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Coronavirus Antigen-Schnelltest

Test: SARS Cov2 Rapid Test Safecare Biotech

Chargennummer: _____ COV21032402 _____

Testdatum/Uhrzeit: _18.04.2021, _____

Teststelle: MHD Bürgerteststelle Ober-Ramstadt

Testergebnis:

Positiv*

negativ

Unterschrift, Stempel Bürgerteststelle

* Das Zeugnis zum Testergebnis wird bei einem positiven Testergebnis von der testenden Stelle an das örtliche Gesundheitsamt weitergeleitet. Bitte beachten Sie unbedingt unser beiliegendes Dokument zum weiteren verpflichtenden Vorgehen



Informationsblatt zum Datenschutz einschließlich Einwilligungserklärung

Testung im Rahmen der Corona-Krise (auf SARS-CoV-2)

- **Informationsblatt zum Datenschutz**
- **Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung**
gegenüber der Ärztin/dem Arzt bzw. durch
entsprechend delegiertes Fachpersonal

Zum Schutz und zur Vermeidung von Ausbrüchen von COVID-19 sollen in Umsetzung der SARS-CoV-2 Teststrategie in asymptomatischen Fällen Personen bzw. Personengruppen zielgerichtet und koordiniert auf das Virus SARS-CoV-2 hin mittels sogenannter Schnelltests (auch Point-of-Care-Tests oder Antigen-Tests genannt) getestet werden. Die Testung auf SARS-CoV-2 ist für die jeweils betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter/ Kunden/ Klienten/ Besucher (*nichtzutreffendes streichen*) freiwillig.

Im Zuge der Durchführung der Testungen werden personenbezogene Daten verarbeitet. Wir möchten Sie gerne hiermit darüber informieren, wie wir diese Daten einsetzen und schützen. Die Malteser unterstehen der Kirchlichen Datenschutzregelung der Ordensgemeinschaft päpstlichen Rechts (KDR-OG). Dieses Gesetz können Sie auf unserer Homepage einsehen unter: www.malteser.de/datenschutz.

Bitte lesen Sie sich den folgenden Text sorgsam durch. Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung!

1. Wer ist verantwortlich für die Datenverarbeitung?

Verantwortlich für die Verarbeitung ist:

Malteser Hilfsdienst e.V. Diözese Mainz, Gliederung Darmstadt

Verarbeitende Stelle:

Zur Ausübung Ihrer Betroffenenrechte wenden Sie sich bitte an die oben genannte verarbeitende Stelle.

Die Kontaktdaten des Externen Datenschutzbeauftragten lauten:

Herr Rechtsanwalt Dr. Karsten Kinast, LL.M, Kinast Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Hohenzollernring 54, 50672 Köln, E-Mail: datenschutz-malteser@kinast.eu

2. Zu welchem Zweck werden personenbezogene Daten verarbeitet?

Zur Durchführung der Schnelltests (Point-of-Care-Tests bzw. Antigen-Tests) zum Schutz und zur Verhinderung der Ausbreitung des COVID-19 Virus.

3. Welche personenbezogenen Daten werden von wem auf welcher Rechtsgrundlage verarbeitet?

Wir erheben von Ihnen nachfolgende Daten für die o.g. Zwecke und verarbeiten diese auf Grundlage Ihrer schriftlichen Einwilligungserklärung (§ 6 Abs. 1 lit. b) iVm § 11 Abs. 2 lit. a) KDR-OG):

Vor- und Nachname, Anschrift, Geburtsdatum, private und ggf. dienstliche Telefonnummer, private und ggf. dienstliche E-Mail-Adresse, Gesundheitsdaten incl. Diagnose und Befund, Kranken- und Pflegeversicherungsnummer.

Die testende Ärztin bzw. der testende Arzt bzw. die durch das ärztliche Personal delegierte Fachperson in der jeweiligen Einrichtung, verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten und erhält Ihre unterschriebene Einwilligungserklärung.

4. Bin ich zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten verpflichtet?

Da die Datenverarbeitung auf Grundlage Ihrer schriftlichen Einwilligungserklärung gemäß § 6 Abs. 1 lit. b) iVm § 11 Abs. 2 lit. a) KDR-OG erfolgt, sind Sie nicht verpflichtet, überhaupt Angaben zu machen und in welchem Umfang Sie uns die Angaben mitteilen möchten. Dies gilt insbesondere hinsichtlich Angaben zu Ihrer Gesundheit. Wenn Sie uns keine oder nur vereinzelte Angaben mitteilen möchten, können wir die Daten dann nicht in dem in der Einwilligungserklärung beschriebenen Umfang verarbeiten und den Schnelltest nicht durchführen.

5. Wie lange werden die personenbezogenen Daten gespeichert?

Sobald der Zweck der Verarbeitung entfällt, werden die Daten anschließend datenschutzkonform gelöscht. Eine Speicherung kann aber darüber hinaus erfolgen, wenn gesetzliche Aufbewahrungsfristen bestehen.

6. Werden meine Daten im Rahmen einer automatisierten Entscheidungsfindung verarbeitet?

Ihre Daten werden nicht im Rahmen eines automatisierten Entscheidungsfindungsverfahrens im Einzelfall, einschließlich des sog. Profiling, verwendet.

7. Wer ist der Empfänger meiner Daten?

Das Testergebnis wird zum Zweck der Eindämmung des Coronavirus SARS-CoV-2 der jeweiligen Einrichtung mitgeteilt, in deren Auftrag der Test durchgeführt wird.

Im Falle eines positiven Befundes des PoC-Tests werden die Daten an das örtlich zuständige Gesundheitsamt weitergeleitet, damit zur Eindämmung von SARS-CoV-2 weitere Schritte eingeleitet werden können (z. B. Kontaktpersonennachverfolgung, Anordnung zur häuslichen Absonderung, Anordnung eines PCR-Tests). Der Weg der Weiterleitung kann elektronisch, fernmündlich und als Telefax erfolgen.

Falls für die beauftragende Einrichtung die Möglichkeit zur Kostenerstattung besteht, erhält die dafür zuständige Stelle (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) ebenfalls Ihre Daten von der beauftragenden Einrichtung mitgeteilt.

8. Was sind meine Rechte als betroffene Person?

Als betroffene Person einer Datenverarbeitung haben Sie nach der KDR-OG insbesondere folgende Rechte (im Folgenden auch „Betroffenenrechte“):

Da die Datenverarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, weisen wir Sie darauf hin, dass die Verarbeitung auf rein freiwilliger Basis erfolgt und dass Sie Ihre Einwilligung mit der Folge, dass die Daten nicht verarbeitet werden dürfen, verweigern bzw. jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Ihre Widerrufserklärung richten Sie bitte an:

Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang Ihrer Widerrufserklärung Ihre Daten sowohl bei den Maltesern als auch bei Dritten gelöscht, sofern keine gesetzliche Pflicht zur Aufbewahrung besteht.

Als betroffene Person einer Datenverarbeitung haben Sie zudem folgende Rechte: Widerrufsrecht (§ 8 KDR-OG), Recht auf Auskunft (§ 17 KDR-OG), auf Berichtigung (§ 18 KDR-OG) oder Löschung (§ 19 KDR-OG), auf Einschränkung der Verarbeitung (§ 20 KDR-OG) oder eines Widerspruchsrechts (§ 23 KDR-OG) gegen die Verarbeitung sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit (§ 22 KDR-OG). Haben wir personenbezogene Daten gegenüber anderen Stellen oder Empfängern offengelegt, sind wir im Rahmen des technisch Möglichen und Zumutbaren verpflichtet, jede Berichtigung, Löschung und/ oder Einschränkung der Verarbeitung den Empfängern der Daten mitzuteilen. Auf Verlangen unterrichten wir Sie über die jeweiligen Empfänger der Daten.

9. Steht mir ein Beschwerderecht zu?

Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen Bestimmungen der KDR-OG oder andere Datenschutzvorschriften verstößt, steht Ihnen ein Beschwerderecht gem. § 48 Abs. 1 KDR-OG bei der der Datenschutzaufsicht zu. Die für die Malteser zuständige Datenschutzaufsicht ist: Herr Rechtsanwalt Dieter Fuchs, Wittelsbacherring 9, 53115 Bonn, E-Mail: fuchs@orden.de

Unabhängig davon, können Sie sich auch an den Träger der jeweiligen Einrichtung oder an die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt, oder an das entsprechende Fachpersonal wenden, um schnellstmöglich eine Beseitigung etwaiger Probleme oder Schwachstellen zu erreichen.

Eine inhaltlich nähere Beschreibung zu den Betroffenenrechten kann auf unserer Seite www.malteser.de/datenschutz nachgelesen werden.

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Datenverarbeitung

für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten zum Zweck der Durchführung eines freiwilligen PoC-Antigen-Tests

Ich, _____ (Vor- und Nachname), willige darin ein, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Gesundheitsdaten incl. Diagnose und Befund, private und ggf. dienstliche Telefonnummer, private und ggf. dienstliche E-Mail-Adresse, ggf. Kranken- und Pflegeversicherungsnummer) vom o. g. Verantwortlichen zum Zwecke der Durchführung von PoC-Antigen-Tests verarbeitet werden.

Die Einwilligung umfasst ausdrücklich auch die genannten und zur Durchführung des PoC-Antigen-Tests erforderlichen Gesundheitsdaten. Das obenstehende Informationsblatt zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich wurde auch darüber informiert, dass meine Daten im Falle eines positiven Testergebnisses vom Verantwortlichen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt werden und entbinde dafür die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und das entsprechende Fachpersonal von der ihnen obliegenden Schweigepflicht nach § 203 StGB.

Meine freiwillig erteilte Einwilligung kann ich jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Ihre Widerrufserklärung richten Sie bitte an:

Datum, Unterschrift der zu testenden Person, Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter*in

Datum, Unterschrift behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt, delegiertes Personal

Mitgeltende Unterlagen

→

Mitgeltende Unterlagen

→