



Ich bin (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Landesbedienstete/r im Schuldienst des Landes Hessen oder Lehrkraft an einer genehmigten Ersatzschule in Hessen
- Fachkraft in einer Kindertageseinrichtungen in Hessen oder eine öffentlich geförderte Tagespflegeperson

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem von mir ausgehändigten Schreiben meiner Schule (Vereinbarung mit dem Hessischen Kultusministeriums (HKM)) bzw. meines Trägers der Kindertageseinrichtung/meiner Tagespflegestelle des örtlich zuständigen Jugendamts (Vereinbarung mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI)) wurde mir die Möglichkeit zur Testung auf das neuartige Coronavirus offeriert. Das Angebot einer freiwilligen Testung, ohne dass entsprechende Symptome bzw. ein konkretes Risiko für eine Ansteckung vorliegen, soll das Erkrankungsrisiko für die Schülerinnen und Schüler sowie für das pädagogische Personal an den Schulen im Land Hessen bzw. die Kinder in Kindertageseinrichtungen sowie Tagespflegestellen minimieren. Die Informationen zum Testverfahren sowie die Hintergründe zur Verarbeitung meiner Daten aus Zwecken der Abrechnung habe ich der FAQ-Liste des mir übersandten Schreibens entnommen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass nachfolgende Angaben zu meiner Person richtig sind und ich mit der Testung nach dem mir bekannten Verfahren einverstanden bin:

Frau / Herr

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
Straße, PLZ, Wohnort

geboren am

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Mir ist bekannt, dass bei einem positiv ausfallenden Testergebnis die Regelungen des Infektionsschutzgesetzes gelten, was zur Folge hat, dass ich über das zuständige Gesundheitsamt informiert werde und notwendige Maßnahmen zum weiteren Vorgehen erhalte (3. Abschnitt IfSchG).

Im Falle eines negativen Testergebnisses willige ich ein, dass mich die Testpraxis/(das COVID-Koordinierungszentrum) informiert. Ich wünsche folgende Mitteilungsfom: (Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. ausfüllen, nur eine Auswahl möglich.)

- per Anruf

Ich bin im Zeitraum von \_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_ Uhr erreichbar unter

\_\_\_\_\_  
(Telefonnummer)

(Die Öffnungszeiten der Testpraxis sind zu berücksichtigen; ich habe zur Kenntnis genommen, dass lediglich ein Anrufversuch erfolgt, andernfalls werde ich mich selbst telefonisch erkundigen oder das negative Testergebnis per Post an o.g. Anschrift erhalten.)

- per SMS

an folgende Mobilnummer:

\_\_\_\_\_  
(Mobilnummer)

(Sofern von Testpraxis angeboten.)

- per E-Mail

an folgende E-Mail-Adresse:

\_\_\_\_\_  
(E-Mail)

- per Post

Anschrift s.o.

Jede Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs durchgeführte und von der Einwilligung abgedeckte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem gegenüber der Testpraxis/(dem COVID-Koordinierungszentrum), dass ich Landesbedienstete/r im Schuldienst des Landes Hessen oder Lehrkraft an einer genehmigten Ersatzschule in Hessen bzw. Fachkraft in einer Kindertageseinrichtungen in Hessen oder eine öffentlich geförderte Tagespflegeperson bin und ich im Zeitraum der letzten 14 Tage bei keiner anderen Testpraxis/(keinem anderen COVID-Koordinierungszentrum) eine Testung habe durchführen lassen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)



## Information zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO

Mit dieser Information möchten wir Sie über die Datenerhebung und die Datenverarbeitung bei der Testung auf das Sars-Cov-2-Virus in der Testpraxis/(COVID-Koordinierungszentrum) informieren und unserer datenschutzrechtlichen Informationsverpflichtung aus der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) nachkommen.

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund einer gesetzlichen Grundlage oder einer Einwilligung von Ihnen.

Sofern für die Datenverarbeitung Ihr Einverständnis erforderlich ist, können Sie dieses jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen oder einschränken.

Sie haben das Recht, soweit die Voraussetzungen hierfür vorliegen, Auskunft zu Ihren verarbeiteten Daten zu erhalten sowie auf deren Berichtigung oder Löschung auf Einschränkung der Verarbeitung sowie auf deren Übertragung.

### Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

#### Für die Testpraxis:

Wenden Sie sich vertrauensvoll an die Praxismitarbeiter, die Ihnen Auskünfte zur Datenverarbeitung bzw. Sie auf Aushänge oder Informationsblätter, die in der Praxis zu finden sind, verweisen können.

#### Für die Covid-Koordinierungszentren der KV Hessen:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung in den COVID-Koordinierungszentren ist:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt am Main  
Tel 069 24741-7777  
Fax 069 24741-68826

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter:

Hilal Kaplan  
Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt am Main  
datenschutz@kvhessen.de

### Welche Daten werden für welchen Zweck erhoben?

Wenn Sie sich dazu entschließen, sich im COVID-Koordinierungszentrum auf das Sars-Cov-2-Virus testen zu lassen, werden folgende Daten erhoben:

- Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Kostenträger

Im weiteren Kontakt erheben wir bei Ihnen den Befund zur Testung auf das Sars-Cov-2-Virus. Dies alles muss überprüfbar patientenbezogen in dem Praxisverwaltungssoftware gespeichert werden.

Bitte beachten Sie, dass unter Umständen auch eine gesetzliche Pflicht zur Weitergabe der Daten nach dem Infektionsschutzgesetz besteht, sofern der Test auf das Sars-Cov-2-Virus positiv ausfällt.

In dem Falle, dass der Test negativ ausfällt, informiert Sie die Testpraxis/(das COVID-Koordinierungszentrum) über den von Ihnen gewünschten Kommunikationsweg.

### Was geschieht mit Ihren Daten?

Wir benötigen Ihre Daten in der Testpraxis/(im COVID-Koordinierungszentrum), um die Testung auf das Sars-Cov-2-Virus nachprüfbar für die KV Hessen und den Kostenträger durchführen zu können. Die Erhebung der oben genannten Daten ist daher für Ihre Testung erforderlich.

Die folgenden Daten werden auf unserem Server passwortgeschützt gespeichert:

- Befunde hinsichtlich der Testung auf das Sars-Cov-2-Virus.

Zugang hat nur autorisiertes Praxispersonal. Ihre Daten (Befunde etc.) werden nach den jeweiligen gesetzlich vorgeschriebenen Fristen aufbewahrt.

### Wer bekommt Ihre Daten übermittelt?

- Der KV Hessen werden die Daten zur Abrechnung und Prüfung auf Korrektheit der Daten übermittelt.
- Laborärzte, da die entsprechende Diagnostik bei einer Sars-Cov-2-Testung in einem Labor durchgeführt wird und damit auch erforderlich ist. Bei einem positiv ausfallenden Testergebnis ist eine Meldung an das Gesundheitsamt gesetzlich vorgeschrieben.
- In begründeten Einzelfällen kann eine Übermittlung der Daten zur Wahrnehmung berechtigter Interessen notwendig sein.

### Welche Rechte ich habe?

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Postfach 3163  
65021 Wiesbaden

### Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:

Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a) DSGVO

§§ 6-9 IfSG (Infektionsschutzgesetz) hinsichtlich meldepflichtiger Krankheiten/Krankheitserreger

§ 291 a SGB V Erheben, Verarbeiten, Nutzen und ggf. Verändern von Daten mittels der elektronischen Gesundheitskarte

§ 295 SGB V Abrechnung ärztlicher Leistungen (Aufzeichnungs- und Übermittlungspflicht).