

Bitte ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und als PDF zurücksenden (s. letzte Seite)

## **Checkliste für Teststellen für Covid-19 (BürgerTesting)**

Name und Ort der Teststelle

Betreiber:

Name, Vorname, Geburtsdatum/Anschrift/Erreichbarkeit

Betreiber E-Mail, zur weiteren Kommunikation:

Telefonnummer zur weiteren Kommunikation:

Öffnungszeiten (mit Angabe von Wochentagen und Uhrzeiten):

Zelt/Pavillon                       Container o.ä.                       Gebäude

Testung

Nur nach Termin  
 Nur für Laufkundschaft

Termine und Laufkundschaft  
 Sonstiges

**Begründung des Testbedarfs:**

Bitte erläutern und begründen Sie, woraus sich speziell für diesen Standort der Testbedarf ergibt.

**Darlegung der vorhandenen Testkapazität:**

Größe der Räumlichkeiten der Teststelle:	
Verfügbare Termine pro Tag:	
Verfügbares Personal pro Tag/Schicht:	
Anzahl der in der Teststelle vorhandenen Abstrichentnahmeplätze	
Testkapazität pro Monat:	
Wie / mit welchem System erfolgt die Terminbuchung?	

**Angaben zum Testpersonal**

Wie viele Personen gehören insgesamt zum Testpersonal?

Die testenden Mitarbeiter sind

medizinisches / fachkundiges Personal

	Name	Vorname	Fachqualifikation (Nachweis bitte beifügen)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

nicht-medizinisches Personal:

	Name	Vorname	Datum d. Schulung (Nachweis bitte beifügen)	Schulung durch wen? (Name + Qualifikation)	PCR und/oder AG Schnelltest
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Wenn vorhanden, Ärztliche Leitung durch:

Name	Vorname	Anschrift	Fachqualifikation

Fragebogen		ja	nein
<b>1</b>	<b>Räumlichkeit / Infrastruktur</b> (bitte Photos und Skizzen der zur Nutzung geplanten Räumlichkeiten beifügen!)		
<b>1.1</b>	Barrierefreier / zumindest barrierearmer Zugang?		
<b>1.2</b>	Lüftungsmöglichkeit durch Außenfenster?  Anzahl der Außenfenster: _____  Vollständig zu öffnen? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein  Wie und in welchen Abständen erfolgt die Raumlüftung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.3</b>	Falls keine Lüftungsmöglichkeit durch Fenster gewährleistet ist, ist ein Luftfiltergerät vorhanden?  Name/Fabrikat _____  Abluft Umluft Filtertyp _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.4</b>	Ist im Wartebereich die Einhaltung des Mindestabstands von 1,5 m möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.5</b>	Erlaubt die Wegeführung die Einhaltung des Mindestabstands von 1,5 m?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.6</b>	Ist der Wartebereich vom Testbereich getrennt und ein Sichtschutz zwischen den beiden Bereichen vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.7</b>	Ist die Teststelle Teil einer weiteren Einrichtung? Falls ja: Wird der Kontakt zwischen Teilnehmern an der Bürgertesting und den Nutzern der Einrichtung vermieden?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>1.8</b>	Wurden die baurechtlichen Vorgaben beachtet oder die Duldung einer ggf. abweichenden Nutzung mit der zuständigen Baubehörde abgestimmt? (Bitte Unterlagen beifügen!)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>1.9</b>	Ist die Arbeitsfläche für den Test ausreichend groß zur Bereitstellung der einzelnen Testgegenstände und Durchführung eines Tests?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.10</b>	Ist genügend Bewegungsraum für 2 Personen (Abstandsregel) im Testbereich vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.11</b>	Ist ein <u>Flächendesinfektionsmittel</u> vor Ort vorhanden? Ggf. als Wipes?  Name: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hat das verwendete Flächendesinfektionsmittel eines der folgenden Wirkspektren? <input checked="" type="checkbox"/> Begrenzt viruzid <input checked="" type="checkbox"/> Begrenzt viruzid PLUS <input checked="" type="checkbox"/> Viruzid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ist das verwendete Flächendesinfektionsmittel VAH- oder RKI-gelistet? <a href="https://vah-liste.mhp-verlag.de/">https://vah-liste.mhp-verlag.de/</a> oder <a href="https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Desinfektionsmittel/Downloads/BGBI_60_2017/Desinfektionsmittelliste.pdf?blob=publicationFile">https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Desinfektionsmittel/Downloads/BGBI_60_2017/Desinfektionsmittelliste.pdf? blob=publicationFile</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.12</b>	Ist ein <u>Händedesinfektionsmittel</u> vor Ort vorhanden?  Name: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.13</b>	Ist eine Handwaschgelegenheit mit Warm- und Kaltwasserzufuhr in der Teststelle vorhanden ? (direkte Erreichbarkeit durch Testpersonal)		

Fragebogen		ja	nein
	Hat das verwendete Händedesinfektionsmittel eines der folgenden Wirkspektren? Begrenzt viruzid Begrenzt viruzid PLUS Viruzid		
	Ist das verwendete Händedesinfektionsmittel VAH- oder RKI-gelistet? <a href="https://vah-liste.mhp-verlag.de/">https://vah-liste.mhp-verlag.de/</a> oder <a href="https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Desinfektionsmittel/Downloads/BGBl_60_2017/Desinfektionsmittelliste.pdf?blob=publicationFile">https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Desinfektionsmittel/Downloads/BGBl_60_2017/Desinfektionsmittelliste.pdf? blob=publicationFile</a>		
<b>1.13</b>	Ist ein Hygieneplan vorhanden?		
<b>1.14</b>	Sind darin folgende Themen abgedeckt? → Arbeitsschutz → Händehygiene → Desinfektionsmaßnahmen → Einhaltung von Abstandsregeln → Umgang mit persönlicher Schutzausrüstung → Abfallentsorgung		
<b>1.15</b>	Sind Arbeitsanweisungen vorhanden?		
<b>1.16</b>	Weisen Aushänge und Arbeitsanweisungen gut sichtbar auf Folgendes hin? → Richtige Nutzung persönlicher Schutzausrüstung → Hygienemaßnahmen und Desinfektion des Arbeitsplatzes → Sachgerechte Probenahme → Testdurchführung und -auswertung → Hygieneverhalten der Kundinnen u. Kunden (MASKENPFLICHT!) → Abstandhaltung, Wegführung und Zugangsregelungen → Verhalten/Prozedere nach positivem Test (Absonderung, Wechsel der gesamten Schutzausrüstung (Personal), Dokumentation) → Beschwerdemanagement		
<b>1.17</b>	Müllentsorgung → Geschlossener Abfalleimer mit Fußbedienung → Verschließbare und reißfeste Beutel, die zugebunden oder zugeknötet werden können Wie oft wird der Abfallbeutel ausgetauscht? ..... → Ist die Teststelle an die Abfallwirtschaft des Landkreises (Müllabfuhr) angeschlossen? Wenn nein, wie ist die weitere Entsorgung geregelt? .....		
<b>2</b>	<b>Persönlicher Schutz / Schutzausrüstung des Testpersonals</b>		
<b>2.1</b>	Sind ausreichend <b>FFP2-Masken</b> vorrätig?		
<b>2.2</b>	Wird eine → <b>Schutzbrille mit Seitenschutz</b> oder ein → <b>Visier</b> bei der Testung vom Testpersonal getragen?		

Fragebogen		ja	nein
2.3	Wird die FFP2-Maske (auch unter dem Visier) getragen?		
2.4	Ist die Qualität des Visiers so, dass KLARE SICHT besteht?		
2.5	Werden medizinische <b>Einmalhandschuhe</b> benutzt? Mindestvoraussetzungen an die Qualität: CE-zertifiziert, AQL (Acceptable Quality Level) ≤ 1,5 Name, Hersteller: .....		
2.6	Werden die medizinischen Einmalhandschuhe nach jeder getesteten Person gewechselt?		
2.7	Werden die Hände zwischen dem Handschuhwechsel desinfiziert?		
2.8	Ist genügend <b>Schutzkleidung (langärmelige Kittel oder Overalls)</b> vorhanden?		
2.9	Wie oft wird die Schutzkleidung routinemäßig gewechselt? FFP-2 Maske: ..... Schutzbrille / Visier: ..... Langärmeliger Kittel/Overall: .....		
2.10	Werden Bestandteile der Schutzkleidung aufbereitet und wiederverwendet? Wenn ja, welche? ..... Wechsel und Aufbereitung wie oft? ..... Aufbereitung wie / womit? .....		
2.11	Wird die gesamte Schutzkleidung (FFP2-Maske, langärmeliger Kittel, Handschuhe, Visier) nach jeder positiv getesteten Person gewechselt?		
2.12	Wird das Testpersonal regelmäßig getestet? Wenn ja, wie oft? ..... Wie? .....		
<b>3</b>	<b>Leistungsspektrum und Testdurchführung</b>		
3.1	Welche Leistungen sollen durch die Teststelle erbracht werden? <input type="checkbox"/> PoC Antigentests <input type="checkbox"/> PoC PCR-Tests <input type="checkbox"/> PCR-Tests in Kooperation mit dem Labor:..... <input type="checkbox"/> weitere Leistungen ..... <input type="checkbox"/> Selbstzahler-Tests <input type="checkbox"/> KVWL vergütete Tests		
3.2	Werden zu testende Personen registriert? <input type="checkbox"/> digital <input type="checkbox"/> schriftlich (Papier)		
3.3	Findet die vorgeschriebene Kontrolle des amtlichen Lichtbildausweises zum Nachweis der Identität der getesteten Person statt?		
3.4	Werden die nachfolgend genannten Daten vollständig aufgenommen? <input type="checkbox"/> Name, Vorname, Geb.-datum <input type="checkbox"/> Aktuelle Anschrift <input type="checkbox"/> Elektronische Erreichbarkeit <input type="checkbox"/> Telefon-/Mobilnummer		

Fragebogen		ja	nein
3.5	<p>Nach Corona-Testverordnung haben nur asymptomatische Personen einen Anspruch auf eine Bürgertesting. Wird sichergestellt, dass nur asymptomatische Personen getestet werden?</p> <p><input type="checkbox"/> Symptomabfrage mündlich/schriftlich/digital <input type="checkbox"/> Temperaturmessung</p>		
3.6	Werden die Testteilnehmer beraten und über die Tests und Ergebnisse aufgeklärt?		
3.7	<p>Welche(r) Test(s) wird/werden verwendet? Ihre Angabe von AG Schnelltest und PCR Tests:</p> <p>Name des Tests / Firma/BfArM-Nummer/Dokumenten-Nummer+ Registrierdatum</p> <p>.....</p> <p>Name des Tests / Firma/ BfArM-Nummer/Dokumenten-Nummer+ Registrierdatum</p> <p>.....</p> <p>Name des Tests / Firma/ BfArM-Nummer/Dokumenten-Nummer+ Registrierdatum</p> <p>.....</p> <p>Name des Tests / Firma/ BfArM-Nummer/Dokumenten-Nummer+ Registrierdatum</p> <p>.....</p>		
3.8	<p>Sind alle verwendeten Tests BfArM-gelistet? Für Anti-Gen-Tests: <a href="https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Antigentests/_node.html">https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Antigentests/_node.html</a></p> <p><u>Für weitere Tests:</u> <a href="https://www.dimdi.de/dynamic/de/medizinprodukte/datenbankrecherche/corona-tests-tabelle/">https://www.dimdi.de/dynamic/de/medizinprodukte/datenbankrecherche/corona-tests-tabelle/</a></p> <p>Beachten Sie, dass Sie selbst verpflichtet sind, regelmäßig zu prüfen, ob diese Listung für die von Ihnen eingesetzten Tests fortbesteht!</p>		
3.9	<p>Lagerung der Tests Wo / Wie werden die Tests gelagert? .....</p> <p>Werden die Tests vor Hitze geschützt?</p> <p>In welchem Temperaturbereich werden die Tests gelagert? von .....bis .....°C</p> <p>Thermometer vorhanden? Wird die Temperatur regelmäßig dokumentiert? Werden die Tests vor der Testung auf Raumtemperatur gebracht?</p>		

Fragebogen		ja	nein
<b>3.10</b>	Probenmaterial: <input type="checkbox"/> Rachenabstrich <input type="checkbox"/> Nasopharyngealabstrich <input type="checkbox"/> Nasenabstrich (tief) <input type="checkbox"/> Nasenabstrich (vorne) <input type="checkbox"/> Speicheltest <input type="checkbox"/> Gurgeltest <input type="checkbox"/> andere ..... Wird bei nasalem Abstrich die zu testende Person vor der Testung aufgefordert, sich außerhalb der Testräumlichkeit richtig zu schnäuzen? Wird bei Gurgel- oder Spukttests auf die Zeiträume der einzuhaltenden Abstinenzen hingewiesen?		
<b>3.11</b>	Durch wen wird der Test durchgeführt? → Die zu testende Person testet sich selbst unter Anleitung und Aufsicht → Die Testung wird vom Testpersonal vorgenommen		
<b>3.12</b>	Werden bei Testung die Anweisungen des Testkits eingehalten?		
<b>3.13</b>	Wie wird die Einhaltung der Wartezeiten sichergestellt? <input type="checkbox"/> Stoppuhr <input type="checkbox"/> andere.....		
<b>3.14</b>	Werden die Testkassetten gekennzeichnet?  Wie? .....		
<b>3.15</b>	Wird die Auswertung ausschließlich durch das Testpersonal der Einrichtung durchgeführt?		
<b>3.16</b>	Durch wen werden die Ergebnisse abgelesen? .....		
<b>3.17</b>	Durch wen werden die Ergebnisse freigegeben? .....		
<b>3.18</b>	Wird die Arbeitsfläche regelmäßig desinfiziert? Wie oft? ..... Wann? .....		
<b>4</b>	<b>Umgang mit (Positiv)befunden</b>		
<b>4.1</b>	Wie erfährt die getestete Person von ihrem Ergebnis?  Vor Ort, Wartezeit wird wo verbracht? Per Mail?		
<b>4.2</b>	Wird auf die nach Positivtestung sofort eintretende Pflicht zur Absonderung hingewiesen?		
<b>4.3</b>	Wird bei Positivbefund darüber informiert, wo eine sofortige PCR-Testung erfolgen kann? Wenn ja, wohin verweisen Sie?.....		
<b>4.4</b>	Wird bei Positivtestung das Merkblatt „Mein Schnelltest ist positiv“ mitgegeben?		
<b>4.5</b>	Sind auch fremdsprachige Merkblätter vor Ort?		
<b>4.6</b>	Werden alle positiven Testergebnisse am Tag der Testdurchführung auf dem vorgesehenen Meldeformular mit <u>allen</u> relevanten Angaben an das Gesundheitsamt gemeldet?		
<b>4.8</b>	Wird eine Testbescheinigung entsprechend der Muster-Testbescheinigung mit <u>allen</u> relevanten Angaben ausgestellt?		

	Fragebogen	ja	nein
--	------------	----	------

5	Erklärung		
5.1	Der Inhalt der Coronavirus-Testverordnung (TestV) in der derzeit gültigen Fassung ist mir bekannt.		
5.2	Im Falle einer Beauftragung versichere ich, ab Betriebsbeginn dem Gesundheitsamt täglich und standortbezogen (Nennung TeststellenID) die Zahl der erbrachten BürgerTestingen und die Zahl der positiven Testergebnisse zu melden		
5.3	Im Falle einer Beauftragung versichere ich, unter Einhaltung der infektionsschutzrechtlichen, medizinerproduktrechtlichen und arbeitsschutzrechtlichen Anforderungen eine ordnungsgemäße Erbringung der Leistungen nach § 1 Abs. 1 Satz 2 TestV zu gewährleisten.		
5.4	Im Falle einer Beauftragung versichere ich, eine vorübergehende oder dauerhafte Einstellung oder eine Wiederaufnahme des Testbetriebs dem zuständigen Gesundheitsamt anzuzeigen.		
5.5	Im Falle einer Beauftragung versichere ich, die Vorgaben des Datenschutzes sowie der Geheimhaltungspflicht nach § 203 des Strafgesetzbuches oder einer vertraglich vereinbarten Geheimhaltungspflicht einzuhalten.		
5.6	Im Falle einer Beauftragung versichere ich, die Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten nach TestV einzuhalten.		
5.7	Ich versichere, dass ich die erforderliche Zuverlässigkeit aufweise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8	Die Zustimmung des Vermieters (Gebäude) oder der Stadt bzw. Gemeinde (Zelt, Container) für Parkplätze und öffentliche Flächen habe ich eingeholt. Entsprechende Überlassungen und ggf. Erforderliche Sondernutzungsgenehmigungen habe ich beigelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und verpflichte mich, alle Änderungen obiger Angaben dem Gesundheitsamt umgehend mitzuteilen.

.....  
 NAME (Druckschrift)                      VORNAME (Druckschrift)                      Funktion (Druckschrift)

.....  
 Ort    Datum    Unterschrift

Bitte füllen Sie die Checkliste aus und drucken Sie sie aus.  
 Ein unterschriebenes Exemplar als PDF senden an: [corona-teststellen@kreis-paderborn.de](mailto:corona-teststellen@kreis-paderborn.de)

Hinweise:

- 1) Bei nicht vollständig bzw. nicht wahrheitsgetreu ausgefüllten Formularen bleibt eine Beauftragung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst versagt oder kann eine erteilte Beauftragung nachträglich entzogen werden.
- 2) Bitte beachten Sie, dass für die Abrechnung der Leistungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung weitere Auftrags- und Leistungsdokumentationen notwendig sind (§7 Coronavirus-Testverordnung)