

SELBSTAUSKUNFT/NACHWEIS NACH § 6 ABS. 3 NR. 4 UND 5 TESTV ZUR INANSPRUCHNAHME VON TESTUNGEN NACH § 4a TESTV

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Anschrift

Nachweis der Identität durch

- Personalausweis Reisepass Sonstiger amtlicher Lichtbildausweis Geburtsurkunde

Hiermit versichere ich, dass ich zu folgender Personengruppe gehöre:

- § 4a Absatz 1 Nr. 4 TestV:**
Personen, die sich zum Zeitpunkt der Testung aufgrund einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in Absonderung befinden, wenn die Testung zur Beendigung der Absonderung erforderlich ist.
- § 4a Absatz 1 Nr. 5 TestV:**
Personen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4: Besucher und Behandelte oder Bewohner in unter anderem folgenden Einrichtungen: Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen für ambulante Operationen, Dialysezentren, ambulante Pflege, ambulante Dienste oder stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Tageskliniken, Entbindungskliniken, ambulante Hospizdienste und Palliativversorgung, Obdachlosenunterkünfte, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlinge und Spätaussiedlern.
- § 4a Absatz 1 Nr. 8 TestV:**
Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch Personen beschäftigen, sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch beschäftigt sind
- § 4a Absatz 1 Nr. 9 TestV:**
Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Meine Angaben habe ich durch die Vorlage entsprechender Dokumente belegt (z.B. amtlicher Lichtbildausweis, Geburtsurkunde, ärztliches Attest über medizinische Kontraindikation, Mutterpass, positiver Test, Eintrittskarte, Corona-Warn-App, Testergebnis und Nachweis des Wohnortes, Selbstauskunft über den Besuch eines Pflegeheimes oder eines Krankenhauses oder über die Pflege eines Angehörigen, Beleg über den Pflegestatus des pflegebedürftigen Angehörigen)

Ort, Datum

Unterschrift der Testperson bzw. des/der Erziehungsberechtigten

Die durch die Testperson vorgenommenen personenbezogenen Angaben und ggfs. erforderlichen Belege wurden seitens der Teststelle auf Richtigkeit überprüft.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Verantwortlichen der Teststelle