Freie und Hansestadt
Hamburg

SELBSTAUSKUNFT/NACHWEIS NACH § 6 ABS. 3 NR. 4 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 Nr. 1 TestV:**
Personen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4: Besucher und Behandelte oder Bewohner in unter anderem folgenden Einrichtungen: Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, stationären Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen für ambulante Operationen, Dialysezentren, ambulante Pflege, ambulante Dienste oder stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Tageskliniken, Entbindungskliniken, ambulanten Hospizdiensten und Palliativversorgung, Obdachlosenunterkünften, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedler

☐ **§ 4a Nr. 2 TestV:**
Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch Personen beschäftigen, sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rah-men eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch beschäftigt sind

☐ **§ 4a Nr. 3 TestV:**
Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch

☐ **§ 4a 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 Abson-derung erforderlich ist

Meine Angaben habe ich durch die Vorlage entsprechender Dokumente belegt (z.B. amtlicher Lichtbildaus-weis, Geburtsurkunde,Testergebnis und Nachweis des Wohnortes, Selbstauskunft über den Besuch eines Pflegeheimes oder eines Krankenhauses oder über die Pflege eines Angehörigen, Beleg über den Pflegesta-tus 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 _____