

Nachweisdokumentation nach § 4 a TestV

Teststellen-ID:	375001198
Datum:	
Test-Nr.:	

Prüfschema Anspruchsberechtigung

1. Nachweis der Identität ja / nein (Zutreffendes ankreuzen)
2. Anspruch auf Bürgertestung gemäß § 4 a Absatz 1 Satz 1 TestV

Nachfolgend bitte bei zutreffenden Punkten ankreuzen!

			Trifft zu	
Kostenlos	Nr. 1	Personen, die zum Zeitpunkt der Testung das fünfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben	Lichtbildausweis Geburtsurkunde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nr. 2	Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation, insbesondere einer Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel, zum Zeitpunkt der Testung nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können oder in den letzten drei Monaten vor der Testung aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden konnten.	Mutterpass Ärztliches Attest über Kontraindikation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nr. 3	Personen, die zum Zeitpunkt der Testung an klinischen Studien zur Wirksamkeit von Impfstoffen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 teilnehmen oder in den letzten drei Monaten vor der Testung an solchen Studien teilgenommen haben.	Teilnahmenachweis	<input type="checkbox"/>
	Nr. 4	Person befindet sich zum Zeitpunkt der Testung aufgrund einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in Absonderung und die Testung ist zur Beendigung der Absonderung erforderlich.	PCR-Nachweis	<input type="checkbox"/>
	Nr. 5	Personen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 TestV (Besucher, Behandelte, Bewohner in u. a. Krankenhäusern, Rehabilitationseinricht., stat. Pflegeeinricht., Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen für amb. Operationen, Dialysezentren, amb. Pflege, amb. Dienste oder stat. Einricht. der Eingliederungshilfe, Entbindungseinricht., amb. Hospizdienste und Palliativversorgung, Asylunterkünften).	Selbsterklärung auf Testung nach § 4a Abs.1 Nr. 5 notwendig oder Bescheinigung der Einrichtung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 €	Nr. 6	Personen, die an dem Tag, an dem die Testung erfolgt, a) eine Veranstaltung in einem Innenraum besuchen werden oder b) zu einer Person Kontakt haben werden, die aa) das 60. Lebensjahr vollendet hat oder bb) aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken.	Nachweis (z.B. Eintrittskarte, Selbsterklärung) Selbsterklärung gemäß § 6 Abs. 3 Nr. 5 TestV notwendig	<input type="checkbox"/>
	Nr. 7	Personen, die durch die Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten haben,	Corona-Warn-App mit Stausanzeige „erhöhtes Risiko“ (Selbsterklärung gemäß § 6 Abs. 3 Nr. 5 TestV notwendig)	<input type="checkbox"/>
Kostenlos	Nr. 8	Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX Personen beschäftigen sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX beschäftigt sind.	Erklärung des Budgetnehmers über Leistungsbezug Bescheinigung Budgetnehmer, dass Beschäftigungsverhältnis besteht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nr. 9	Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI	Selbsterklärung auf Testung nach § 4a Abs.1 Nr. 9 TestV notwendig	<input type="checkbox"/>
	Nr. 10	Personen, die mit einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person in demselben Haushalt leben	PCR-Nachweis + identische Adresse	<input type="checkbox"/>
9,50€		Personen, welche zu den Punkten 1 bis 10 nicht dazu gehören, müssen alle Kosten privat zahlen, diese belaufen sich auf 9,50€.		<input type="checkbox"/>

**Selbsterklärung gemäß § 6 Absatz 3 Nr. 5 TestV****Nr. 6 + 7**

Ich, _____, habe Anspruch auf einen Bürgertest für einen
(Name, Vorname)

in § 4 a Absatz 1 Nr. 6 und 7 der TestV genannten Zweck

- heutiger Besuch einer Veranstaltung im Innenraum
- heutiger Besuch einer mind. 60 jährigen oder vorerkrankten/behinderten Person
- meine Corona-Warn-App hat die Statusanzeige „erhöhtes Risiko“ angezeigt.

und habe 3 Euro Eigenbeteiligung an den Leistungserbringer gezahlt.

Datum Unterschrift

**Selbsterklärung zum Anspruch auf Testung nach § 4a Abs.1 Nr. 5 TestV****Nr. 5**

Ich, _____, habe Anspruch auf einen Bürgertest für einen
(Name, Vorname)

in § 4a Absatz 1 Nr. 5 der TestV genannten Zweck

(Zweck bitte ausfüllen **und** Name der Einrichtung **und** bei Besuchern Zeitpunkt des Besuches)

Datum Unterschrift

**Selbsterklärung zum Anspruch auf Testung nach § 4a Abs.1 Nr. 9 TestV****Nr. 9**

Ich, _____, habe Anspruch auf einen Bürgertest für einen
(Name, Vorname)

in § 4a Absatz 1 Nr. 9 der TestV genannten Zweck, da ich als Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI einen
Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung pflege.

Datum Unterschrift

Die durch die Testperson vorgenommenen Angaben wurden seitens der Teststelle überprüft.

Unterschrift des Testenden: