

Selbstauskunft/Nachweis nach § 6 Abs. 3 Nr. 4 TestV zur Inanspruchnahme von Testungen nach § 4a TestV

Nachweis der Identität der zu testenden Person

Personalausweis Reisepass sonstiger amtlicher Lichtbildausweis:

Ausweisnummer:

Angaben der zu testenden Person:

Vor- und Familienname

geboren am: in:

wohnhaft in:

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Angaben des/der Sorgeberechtigten/der Betreuungsperson:

Vor-(Ruf-) und Familienname

geboren am: in:

wohnhaft in:

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Hiermit versichere ich, dass ich/die zu testende Person zu folgender Personengruppe gehöre/gehört:

- § 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. 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

- § 4a Absatz 1 Nr. 5 TestV:** Personen (nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4), die in einem Krankenhaus oder in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht sind oder Besucher der dort untergebrachten Personen
 - Krankenhäuser
 - Rehabilitationseinrichtung
 - Voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtung
 - Voll- und teilstationäre Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen
 - Einrichtungen für ambulante Operationen
 - Dialysezentren
 - Ambulante Dienste oder stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe
 - Tageskliniken
 - Entbindungseinrichtungen
 - Obdachlosenunterkünfte
 - Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern.

Ort, Datum

Unterschrift der Testperson bzw.
des/der Sorgeberechtigten/der Betreuungsperson

.....
Durch die Teststelle auszufüllen:

Teststelle/Name:

Teststellen-ID:

dazugehörige Adresse:

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

- Die durch die Testperson vorgenommenen personenbezogenen Angaben wurden seitens der Teststelle auf Richtigkeit überprüft.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Testenden

*Angaben durch entsprechende Dokumente zu belegen (z.B. amtlicher Lichtbildausweis, ärztliches Attest, positiver Test, Testergebnis und Nachweis des Wohnortes).