

Selbstauskunft / Nachweis zur Inanspruchnahme von Testungen nach §4a TestV

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bestätige, dass ich zu folgender Personengruppe gehöre:

- Besucher/in, Behandelte/r oder Bewohner/in stationärer bzw. ambulanter Pflegeeinrichtung, Behinderten-, Reha – oder Krankeneinrichtung, Einrichtung für ambulante Hospizdienste und Palliativversorgung, Dialysezentrum, amb. und stat. Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Tageskliniken, Entbindungsklinik, Obdachlosenunterkünfte, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbare Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern.

- Freitesten zur Beendigung der Quarantäne

- Pflegende Angehörige

- Leistungsberechtigte Budget, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach dem §29 SBG IX Personen beschäftigen, sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines Persönlichen Budgets beschäftigt sind.

Ort, Datum

Unterschrift der Testperson