

Formblatt Selbstauskunft

Bitte geben Sie Ihre persönliche Begründung für die Durchführung einer Bürgertestung nach §4a TestV mittels PoC-Antigen-Test an:

Kostenloser Bürgertest für anspruchsberechtigte Personen nach § 4a TestV

- Ich bin Besucher bzw. Patient, in einem Krankenhaus, einer Rehabilitations-einrichtung, einer stationären Pflegeeinrichtung, in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen, in einer Einrichtung für ambulante Operationen, in einem Dialysezentrum, in einer Einrichtung für ambulante Pflege, ambulante Dienste oder in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe, einer Entbindungseinrichtung (§ 4a Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 TestV).
- Ich bin Leistungsberechtigter nach § 29 Sozialgesetzbuch (Menschen mit Behinderungen und deren Beschäftigten) (§4a Absatz 1 Nr. 8 TestV).
- Ich pflege, nicht erwerbsmäßig, eine pflegebedürftige Person in ihrer häuslichen Umgebung (§4a Absatz 1 Nr. 9 TestV).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass der Test zu dem angegebenen Zweck durchgeführt wurde.

Testung Selbstzahler 5,00 EURO

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass der Test durchgeführt wurde.

Datum/Unterschrift Testperson