Name, Vorname: _____

Wohnort: _____
Straße / Hausnummer PLZ / Ort

Geburtsdatum: _____ Telefon :_____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Hiermit bestätige ich, dass der Test durchgeführt wurde und ich gemäß des folgenden genannten Punktes Anspruch auf eine (anteilige) Kostenübernahme habe.

Testgrund (§ 4a Corona-TestV vom 29.06.2022)*

☐	Beendigung der Absonderung (§ 4a Abs. 1 Nr. 4)		
☐	Pat., Bew., Betr., Bes. von Gesundheitseinrichtungen (Krankenhaus, Altenheim etc.) (§ 4a Abs. 1 Nr. 5)	☐	**Ich bin Selbstzahler 5,00 EUR**
☐	Menschen mit Behinderungen und deren Betreuungskräfte (§ 4a Abs. 1 Nr. 8)	☐	**PCR-Test,** kostenlos nach positivem Schnelltest
☐	Pflegende Angehörige (§ 4a Abs. 1 Nr. 9)	☐	**CR-Test,** kostenpflichtig Abrechnung über Labor

Bei der Durchführung des PoC-Antigentest mit einem Wattestäbchen kann es auch bei sorgfältiger Durchführung in Einzelfällen zu Verletzungen, wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen.

Mit dem Speichern meiner personenbezogenen Daten zwecks durchgeführten Antigentests bzw. PCR-Tests erkläre ich mich einverstanden.

_____ _____

Ort, Datum, Unterschrift der Kundin/des Kunden Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter