

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

Name:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Hiermit versichere ich, dass ich zu folgender Personengruppe gehöre:

☐ **§4a Absatz 1 Nr. 1 TestV:**

Personen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 Besucher und Behandelte oder Bewohner in unter anderem folgenden Einrichtungen: Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen für ambulante Operationen, Dialysezentren, ambulante Pflege, ambulante Dienste oder stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Tageskliniken, Entbindungskliniken, ambulante Hospizdienste und Palliativversorgung, Obdachlosenunterkünften, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern.

☐ **§4a Absatz 1 Nr. 2 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. 3 TestV:**

Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch

☐ **§4a Absatz 1 Nr. 4 TestV:**

Personen, bei denen ein Test zur Beendigung der Isolierung erforderlich ist - „Frei-testen“ (positiver PoC oder PCR-Test liegt vor)

Ort, Datum

Unterschrift der Testperson