

Selbstauskunft/Nachweis nach § 6 Abs. 3 Nr. 4 und 5 TestV zur Inanspruchnahme von Testungen nach § 4a TestV; Testzentrum: Visio Klinik GmbH (Mittelbayerisches Rehabilitationszentrum - MRZ), Weißenregener Str. 1 – 5, 93444 Bad Kötzing (ÖGD-ID: 93413000022)

Nachweis der Identität

Personalausweis Reisepass Ausweisnummer: _____

Hiermit versichere ich

(Vor-/Ruf- und Familienname)

geboren am _____ in _____

wohnhaft in _____
Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort

dass ich zu folgender Personengruppe gehöre:

- Personen, die zum Zeitpunkt der Testung das fünfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben nach § 4a Absatz 1 Nr. 1 TestV*
Name und Geburtsdatum des Kindes: _____
- Personen, die nicht gegen das Coronavirus geimpft werden können oder in den letzten drei Monaten nicht geimpft werden konnten (aus medizinischen Gründen oder wegen Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel) nach § 4a Absatz 1 Nr. 2 TestV*
- Teilnehmer von Impfwirksamkeitsstudien nach § 4a Abs. 1 Nr. 3 TestV*
- Isolierte Personen zur Beendigung der Quarantäne nach § 4a Abs. 1 Nr. 4 TestV*
- Besucher und Bewohner vulnerabler Einrichtungen, z.B. Krankenhäuser, Altenheime, Rehakliniken und Pflegeeinrichtungen nach § 4a Absatz 1 Nr. 5 TestV
Name und Anschrift der Einrichtungen: _____
- Personen, die an dem Tag, an dem die Testung erfolgt, nach § 4a Absatz 1 Nr. 6 TestV*
 - eine Veranstaltung in einem Innenraum besuchen werden oder
 - zu einer Person Kontakt haben werden, die
 - das 60. Lebensjahr vollendet hat oder
 - aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken
- (Eigenbeteiligung i. H. v. 3,00 Euro, siehe § 4a Abs. 2 TestV)**
- Personen, die durch die Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten haben nach § 4a Absatz 1 Nr. 7 TestV*
(Eigenbeteiligung i. H. v. 3,00 Euro, siehe § 4a Abs. 2 TestV)
- Menschen mit Behinderung, die Unterstützung über das persönliche Budget erhalten (§ 29 SGB IX) sowie deren Assistenzkräfte nach § 4a Absatz 1 Nr. 8 TestV Ggf.
Name der unterstützten Person: _____
- Pflegende Angehörige und weitere Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI nach § 4a Absatz 1 Nr. 9 TestV
Name der zu pflegenden Person: _____
- Personen, die mit einer mit dem Coronavirus infizierten Person in demselben Haushalt leben nach § 4a Absatz 1 Nr. 10 TestV*

Bad Kötzing, den _____

Bad Kötzing, den _____

Unterschrift der Testperson bzw.
des/der Erziehungsberechtigten

Unterschrift der/des Testenden

Die oben genannte Eigenbeteiligung wurde entrichtet (siehe oben)

Die durch die Testperson vorgenommenen personenbezogenen Angaben wurden seitens der Teststelle auf Richtigkeit überprüft. Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage des Musterformulars, das dem MRZ durch das Bayerischen Gesundheitsministeriums vorgelegt wurde.

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