

# Nachweisdokumentation nach § 4 a TestV

Teststellen-ID:	
Datum:	
Test-Nr.:	

## Prüfschema Anspruchsberechtigung

1. Nachweis der Identität  ja /  nein (Zutreffendes ankreuzen)
2. Anspruch auf Bürgertestung gemäß § 4 a Absatz 1 Satz 1 TestV

Nachfolgend bitte bei zutreffenden Punkten ankreuzen!

			Trifft zu
Nr. 1	Personen, die zum Zeitpunkt der Testung das fünfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben	Lichtbildausweis Geburtsurkunde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nr. 2	Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation, insbesondere einer Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel, zum Zeitpunkt der Testung nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können oder in den letzten drei Monaten vor der Testung aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden konnten.	Mutterpass  Ärztliches Attest über Kontraindikation	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
Nr. 3	Personen, die zum Zeitpunkt der Testung an klinischen Studien zur Wirksamkeit von Impfstoffen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 teilnehmen oder in den letzten drei Monaten vor der Testung an solchen Studien teilgenommen haben.	Teilnahmenachweis	<input type="checkbox"/>
Nr. 4	Person befindet sich zum Zeitpunkt der Testung aufgrund einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in Absonderung und die Testung ist zur Beendigung der Absonderung erforderlich.	PCR-Nachweis	<input type="checkbox"/>
Nr. 5	Personen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 TestV (Besucher, Behandelte, Bewohner in u. a. Krankenhäusern, Rehabilitationseinricht., stat. Pflegeeinricht., Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen für amb. Operationen, Dialysezentren, amb. Pflege, amb. Dienste oder stat. Einricht. der Eingliederungshilfe, Entbindungseinricht., amb. Hospizdienste und Palliativversorgung, Asylunterkünften).	<b>Selbsterklärung auf Testung nach § 4a Abs.1 Nr. 5</b> notwendig  oder  Bescheinigung der Einrichtung	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Nr. 6	Personen, die an dem Tag, an dem die Testung erfolgt, a) eine Veranstaltung in einem Innenraum besuchen werden oder b) zu einer Person Kontakt haben werden, die aa) das 60. Lebensjahr vollendet hat oder bb) aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken.	Nachweis (z.B. Eintrittskarte, Selbsterklärung)  <b>Selbsterklärung gemäß § 6 Abs. 3 Nr. 5 TestV</b> notwendig	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
Nr. 7	Personen, die durch die Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige „erhöhtes Risiko“ erhalten haben,	Corona-Warn-App mit Statusanzeige „erhöhtes Risiko“ <b>(Selbsterklärung gemäß § 6 Abs. 3 Nr. 5 TestV</b> notwendig)	<input type="checkbox"/>
Nr. 8	Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX Personen beschäftigen sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX beschäftigt sind.	Erklärung des Budgetnehmers über Leistungsbezug  Bescheinigung Budgetnehmer, dass Beschäftigungsverhältnis besteht	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
Nr. 9	Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI	<b>Selbsterklärung auf Testung nach § 4a Abs.1 Nr. 9 TestV</b> notwendig	<input type="checkbox"/>
Nr. 10	Personen, die mit einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person in demselben Haushalt leben	PCR-Nachweis + identische Adresse	<input type="checkbox"/>

**Selbsterklärung gemäß § 6 Absatz 3 Nr. 5 TestV**

Ich, \_\_\_\_\_, habe Anspruch auf einen Bürgertest für einen  
 (Name, Vorname)

in § 4 a Absatz 1 Nr. 6 und 7 der TestV genannten Zweck

---

(Zweck bitte ausfüllen)

und habe 3 Euro Eigenbeteiligung an den Leistungserbringer gezahlt.

---

Datum                      Unterschrift

**Selbsterklärung zum Anspruch auf Testung nach § 4a Abs.1 Nr. 5 TestV**

Ich, \_\_\_\_\_, habe Anspruch auf einen Bürgertest für einen  
 (Name, Vorname)

in § 4a Absatz 1 Nr. 5 der TestV genannten Zweck

---

(Zweck bitte ausfüllen **und** Name der Einrichtung **und** bei Besuchern Zeitpunkt des Besuches)

---

Datum                      Unterschrift

**Selbsterklärung zum Anspruch auf Testung nach § 4a Abs.1 Nr. 9 TestV**

Ich, \_\_\_\_\_, habe Anspruch auf einen Bürgertest für einen  
 (Name, Vorname)

in § 4a Absatz 1 Nr. 9 der TestV genannten Zweck, da ich als Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI einen Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung pflege.

---

Datum                      Unterschrift

Die durch die Testperson vorgenommenen Angaben wurden seitens der Teststelle überprüft.

**Unterschrift des Testenden:**