

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

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**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, 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
- §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 Absonderung erforderlich ist – „Freitestung“

**Hiermit bestätige ich das erforderliche Dokument (amtlicher Lichtbildausweis, ärztliches Attest, Mutterpass, Corona-Warn-App, positives Testergebnis und Nachweis des Wohnortes) der Teststelle vorgelegt zu haben.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Testperson

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Teststelle