

**Anspruch: PCR-Test** (zum Ausfüllen)

**Grund der Testung:**

- Positiver Antigen-Schnelltest** oder **Selbsttest** nach § 4b Satz 1 TestV
- Wenn in einer **Einrichtung des Gesundheitswesens** oder einer vergleichbaren **Einrichtung außerhalb der regulären Krankenversorgung** eine mit SARS-CoV-2 infizierte Person festgestellt wurde, Personen, die sich in den **letzten 14 Tagen** in den betroffenen Bereichen der Einrichtung aufgehalten haben.
- Personen, die in einer **Einrichtung des Gesundheitswesens** oder in einem vergleichbar vulnerablen Bereich **behandelt oder untergebracht** werden sollen, und es die jeweilige Einrichtung oder der öffentliche Gesundheitsdienst verlangen (**Nachweis**: Terminbestätigung des Krankenhauses bzw. Klinik oder ärztliches Attest)
- Personen, die sich zu einem beliebigen Zeitpunkt in den **letzten 10 Tagen** vor der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland in einem als Virusvariantengebiet im Sinne von § 2 Nummer 3a der Coronavirus-Einreiseverordnung eingestuftes Gebiet aufgehalten haben. Der **Anspruch besteht bis zu 14 Tage nach Einreise** in die Bundesrepublik Deutschland.

**Hiermit bestätige ich:** (Name in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

meine oben angekreuzten Angaben und versichere, dass ich zum Zeitpunkt der PCR-Testung symptomfrei bin.

**Datum, Unterschrift:** (Bestätigung das die Angaben korrekt sind)

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 