

**ANSPRUCH AUF KOSTENFREIE SCHNELLTESTS HABEN:**

- Kinder, die das fünfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben**  
 Nachweis Reisepass/ Geburtsurkunde
- Personen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können** (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)  
 Nachweis Mutterpass vorgelegt  med. Kontraindikation vorgelegt
- 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**  
 Nachweis Studienteilnahme vorgelegt
- Personen, die sich zum Zeitpunkt der Testung aufgrund einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in Absonderung befinden, wenn die Testung zur Beendigung der Absonderung erforderlich ist („Freitesten“) - PCR Befund nicht älter als 14 Tage -**  
 Nachweis vom Gesundheitsamt oder  PCR-Befund vorgelegt
- Personen nach § 4 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 und 4 (zu behandelnde/ pflegende Personen in Krankenhäusern und Pflege- bzw. Eingliederungshilfeeinrichtungen und deren Besucher)**  
\_\_\_\_\_  
(Name u. Adresse der Einrichtung/ Name der zu besuchenden Person)
- Personen, die mit einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person in demselben Haushalt leben oder gelebt haben**  
 PCR-Befund vorgelegt  
\_\_\_\_\_  
(Name u. Adresse der infizierten Person)
- Pflegepersonen** im Sinne des § 19 Satz 1 des XI SGB  
\_\_\_\_\_  
(Name u. Adresse der zu pflegenden Person)
- Leistungsberechtigte, mit einem persönlichen Budget** nach § 29 IX SGB (Rehabilitation und Teilhabe vom Menschen mit Behinderungen)

**ANSPRUCH AUF EINEN SCHNELLTEST MIT EIGENBETEILIGUNG (3,00 EURO) HABEN:**

**Personen, die am selben Tag eine Veranstaltung in Innenräumen besuchen**

Eintrittskarte, Reservierungsbestätigung, Einladung vorgelegt

\_\_\_\_\_  
(Veranstaltungsort/ Veranstaltungsdatum/ Zweck)

**Personen, die am gleichen Tag eine Person mit hohem Risiko schwer an Covid-19 zu erkranken besucht** (Menschen ab 60 Jahren, mit Behinderung Vorerkrankung)

\_\_\_\_\_  
(Name der Besuchsperson)

**Personen, die durch die Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten haben** („rote Kachel“)

Corona-Warn-App vorgezeigt (rote Anzeige)

**BITTE VOLLSTÄNDIG, DEUTLICH UND IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN:**


Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

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

Tel. (Festnetz/Mobil) \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ 

Bemerkung: \_\_\_\_\_

 **HIER UNTERSCHREIBEN**

\_\_\_\_\_  
(Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und dass ich diese nachweisbar glaubhaft gemacht habe)