

**Selbstauskunft/Nachweis nach § 6 Abs. 3 Nr. 4 und 5 TestV zur Inanspruchnahme von Testungen nach § 4a TestV**

Nachweis der Identität

Personalausweis

Reisepass

Ausweisnummer

Hiermit versichere ich,

Vor-(Ruf-) und Familienname

geboren am

in

wohnhaft in

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

dass ich zu folgender Personengruppe gehöre:

Personen, die zum Zeitpunkt der Testung das fünfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben (§ 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 Absatz 1 Nr. 4 TestV\*

Besucher und Bewohner vulnerabler Einrichtungen, z.B. Krankenhäuser, Altenheime und Pflegeeinrichtungen nach § 4a Absatz 1 Nr. 5 TestV

Name u. Anschrift der Einrichtung:

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)\*\***

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

\*\*Testungen mit Eigenbeteiligung sind nicht in lokalen Testzentren der Kreisverwaltungsbehörden möglich!

- 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\*

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Testperson bzw.  
des/der Erziehungsberechtigten

**Durch die Teststelle auszufüllen:**

|  |  |
|--|--|
| ÖGD-ID (soweit vorhanden)                    |  |
| dazugehörige Adresse<br>(Straße, Hausnummer) |  |
| dazugehörige Postleitzahl                    |  |
| dazugehöriger Ort                            |  |

- Die o. g. Eigenbeteiligung wurde entrichtet (siehe oben)

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Testenden

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

\*\*Testungen mit Eigenbeteiligung sind nicht in lokalen Testzentren der Kreisverwaltungsbehörden möglich!