

Teststellen-ID: 375001062

Test-Nr.:

**Bescheinigung über das Ergebnis eines Antigentestes,
Nachweisdokumentation nach § 4 a TestV
zum Nachweis des Coronavirus SARS- CoV-2
(Test result certification for coronavirus antigen test)**

Corona Testzentrum

ohne Termin / ohne Voranmeldung

Einwilligungserklärung:

Hiermit willige ich in die Durchführung des Tests und die Verarbeitung der oben genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Feststellung einer etwaigen COVID-19-Infektion und im Weiteren zur Verhinderung der Ausbreitung dieser Krankheit ein. Die bis zum Widerruf vorgenommene Datenverarbeitung, einschließlich der Datenübermittlungen, bleibt rechtmäßig. Mir ist bewusst, dass im Falle eines positiven Testergebnisses eine gesetzliche Meldepflicht gegenüber dem jeweils zuständigen Gesundheitsamt besteht. Ein etwaiger Widerruf der Einwilligung lässt diese gesetzliche Meldepflicht nicht entfallen. Ich bestätige hiermit, dass an mir innerhalb der letzten 24 Stunden keinen Corona Test durchgeführt wurde.

Hinweis zum Test:

Bei geringer oder gar keiner Viruslast ist der Test negativ. Das negative Testergebnis eines Schnelltests ist für insgesamt maximal 24 Stunden gültig. Bei einer bestimmten Viruslast ist der Test positiv. Bei einem positiven Testergebnis sind Sie dazu angehalten einen Labor- oder PCR-Test zu machen, um das Ergebnis des Schnelltests zu überprüfen. Weitere Informationen finden Sie unter:

www.dresden.de/de/leben/gesundheit/hygiene/infektionsschutz/corona.php

Angaben zur Testperson (Information about the test person)

(*) Pflichtangaben

*Name, Vorname (Name, First name)	
*Geburtsdatum: (Date of birth)	
*Straße, Haus-Nr.: (Street, number)	
*PLZ, Ort: (Postcode, City)	
* Telefonnummer: (phone number)	
*Email:	
*Ort/Datum:	*Unterschrift der Testperson: (Testedperson Signature)

Testzeit/Testtime	Testdatum/Testdate	Name des Tests (name of the test):
		Fosun Covid-19 Schnelltest (Rapid) Test BfArM, AT767/21
Testpersonal: _____ <small>Der Antigentest wurde durchgeführt vom (Test conducted from): Stempel / Unterschrift der testenden Stelle (Stamp / Signature of the teststation)</small>		<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> O Negativ O Positiv </div> <p style="font-size: 0.8em;">Bitte begeben Sie sich bei einem positiven Antigen-Schnelltest oder einem positiven Selbsttest unmittelbar in Selbstisolation. Bitte vermeiden Sie unmittelbare Kontakte und halten die Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen strikt ein. Für die Mitteilung an das zuständige Gesundheitsamt ist die Meldepflicht nach § 5a Abs. 1 S. 8 der Corona-Verordnung des Landes zu beachten.</p>

Übermittlung des Testergebnisses an die Corona-Warn-App nach § 4a Bürgertestung der Coronavirus-Testverordnung

Ja Nein

In Kooperation mit



Diese Testbescheinigung ist nur mit dem Stempel des Testzentrum sowie mit der Unterschrift des Testpersonals gültig

	1. Nachweis der Identität <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein (Zutreffendes ankreuzen) 2. Anspruch auf Bürgertestung gemäß § 4 a Absatz 1 Satz 1 TestV	Nachfolgend bitte bei zutreffenden Punkten ankreuzen	
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).	Selbsterklärung auf Testung nach § 4a Abs.1 Nr. 5 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 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) Selbsterklärung gemäß § 6 Abs. 3 Nr. 5 TestV notwendig	<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 Stausanzeige „erhöhtes Risiko“ (Selbsterklärung gemäß § 6 Abs. 3 Nr. 5 TestV 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	Selbsterklärung auf Testung nach § 4a Abs.1 Nr. 9 TestV 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 in § 4 a Absatz 1 Nr. 6 und 7 der TestV genannten Zweck:

_____ und **habe 3 Euro** Eigenbeteiligung an den Leistungserbringer gezahlt.

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

Ich habe Anspruch auf einen Bürgertest für einen 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

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)

Name, Vorname und Unterschrift _____