

- PoC Antigen-Schnelltest Leistungsdokumentation**
 PCR (PoC-NAT) -Schnelltest Leistungsdokumentation

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Wir dürfen nur **SYMPTOMFREIE** Personen testen!

Der Anspruch auf Durchführung eines SARS-CoV-2-Antigen-Schnelltests in der Apotheke besteht nur dann, wenn der Grund für die Testung dem Leistungserbringer dargelegt wurde und bei Testungen nach § 4a Abs. 1 Nr. 6 und 7 TestV darüber hinaus von der zu testenden Person folgende zu unterzeichnende Selbstauskunft abgegeben wird:

<input type="checkbox"/> Vollzahler (9,50 €)	
<input type="checkbox"/> Teilzahler (3,00 €)	Ich bestätige im Rahmen der Selbstauskunft nach § 6 Abs. 3 Nr. 5 TestV, dass die Durchführung des Tests zu folgendem Zweck und unter Eigenbeteiligung von 3,00 EUR durchgeführt wurde (zutreffendes bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> heutiger Besuch einer Veranstaltung in einem Innenraum oder einer Person ab 60 Jahren oder einer Person mit Vorerkrankungen mit einem hohen Risiko, schwer an Covid-19 zu erkranken <input type="checkbox"/> Warnung der Corona-Warn-App mit Status „erhöhtes Risiko“
<input type="checkbox"/> befreit (Befreiungsgrund angeben)	<input type="checkbox"/> Kind unter 5 Jahren <input type="checkbox"/> Besuch in med. Einrichtung <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> nicht impffähig <input type="checkbox"/> Angehörige/r von Infizierten <input type="checkbox"/> Bewohner Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Freitesten

Weiher, den _____

Unterschrift Kunde

Von der Apotheke auszufüllen:

- Pluslife SARS-CoV-2 Nucleic Acid Testing
 Green Spring Sars-Cov-19 AT 417/2

Uhrzeit der Testung: _____ Testergebnis: negativ positiv