

Kommunales Testzentrum Gemeinde St. Leon-Rot

Bestätigung der Durchführung eines
Antigenschnelltests oder PoC-PCR Tests

Barcode hier aufkleben

* Pflichtangaben

Name der zu testenden Person: * _____

Anschrift: * _____

PLZ, Ort: * _____

Geburtsdatum: * _____

Telefonnummer: * _____

E-Mailadresse: _____

Wenn wir Ihnen das Testergebnis als PDF per E-Mail zusenden dürfen so tragen Sie oben bitte **gut leserlich** eine E-Mailadresse ein. Haben Sie Online einen Termin gebucht, müssen Sie keine E-Mailadresse eintragen. Bei nicht lesbaren Mailadressen wird das Ergebnis nur ausgedruckt zur Verfügung gestellt.



Bitte unten entsprechend Ankreuzen

Mein Test ist aus einem der nachfolgenden Gründen kostenlos :	<input type="checkbox"/>	Kind unter 5 Jahre
	<input type="checkbox"/>	Aufgrund medizinischer Kontraindikation (Attest ist vorzulegen)
	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel (Attest oder Mutterpass ist vorzulegen)
	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an klinischer Studie bzgl. Impfstoff gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Bescheinigung ist vorzulegen)
	<input type="checkbox"/>	Beendigung der Absonderung (frühestens am 5. Tag, positives Ergebnis ist vorzulegen)
	<input type="checkbox"/>	Pflegende Angehörige oder Betreuer (Nachweis ist zu erbringen)
	<input type="checkbox"/>	Besucher Krankenhaus oder Pflegeheim (Nachweis ist vorzulegen)
	<input type="checkbox"/>	Kontaktpersonen zu infizierten Personen aus demselben Haushalt (Nachweis Infektion und Nachweis, demselben Haushalt anzugehören, ist vorzulegen)
Ich muss eine Zuzahlung von 3€ machen, weil:	<input type="checkbox"/>	ich eine Veranstaltung im Innenraum besuchen werde
	<input type="checkbox"/>	ich Kontakt zu einer Person über 60 Jahre haben werde
	<input type="checkbox"/>	ich Kontakt zu einer Person haben werde die aufgrund Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken
	<input type="checkbox"/>	meine Corona -Warn-App eine Warnung mit erhöhtem Risiko anzeigt (App ist vorzuzeigen)
Meinen Test muss ich voll bezahlen , weil:	<input type="checkbox"/>	ich in keine der oben genannten Gruppen falle (Kosten 19€)
	<input type="checkbox"/>	ich den Test incl. Ausweisnummer in Deutsch und Englisch für eine Auslandsreise benötige (Kosten 29€)
	<input type="checkbox"/>	ich einen sogenannten PoC-PCT Test benötige (Kosten 79€)

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass meine Angaben bis zum 31. Dezember 2024 „zur Auftrags- und Leistungsdokumentation (TestV §7)“ vom genannten Testzentrum gespeichert und aufbewahrt werden dürfen.

Ferner bestätige ich, dass der Test, falls entsprechend angekreuzt, unter einer Eigenbeteiligung von 3€ bzw. komplett Kostenpflichtig für 19€/ 29€/ 79€ durchgeführt wird.

Mir ist bewusst, dass ich verpflichtet bin, wahrheitsgemäße Angaben zu machen und dass Falschangaben (straf-) rechtlich relevant sein können.

Test ID laut BfarM: AT417/20, Hersteller: Green Spring oder AT004/20, Hersteller: SD Biosensor

Hiermit bestätige ich, dass ich am unten genannten Datum einen Antigenschnelltest oder PoC-PCR Test im **Kommunalen Testzentrum Gemeinde St. Leon-Rot, Rathausstraße, 68789 St. Leon-Rot** gemacht habe.

St. Leon-Rot, _____

Datum

Unterschrift Kunde

Kommunales Testzentrum Gemeinde St. Leon-Rot

Ab hier füllt das Testzentrum aus

Ausgewiesen mit:		Personalausweis		Reisepass		Schülerausweis
Art des Testes:		Schnelltest kostenlos, Nachweis wurde entsprechend vorgelegt				
		Schnelltest mit Zuzahlung, Selbstauskunft wurde glaubhaft erteilt				
		Schnelltest Selbstzahler				
		PoC-PCR Test				PoC-PCR Einrichtung
Mitteilungsweg:		E-Mail		Ausdruck		CWA-APP

St. Leon-Rot, _____ Datum _____ Unterschrift Testzentrum