Bestätigung der Einrichtung

Hiermit erklärt die Einrichtung

Name der Einrichtung:			
Art der Einrichtung	□ stationäre Pflege □ Einrichtungen fü □ Einrichtungen fü □ Dialysezentren □ ambulante Pflege □ ambulante Diens Eingliederungshilfe □ Tageskliniken □ Entbindungseinr □ ambulante Hosp □ Arztpraxen, Zahr □ Praxen sonstiger □ Einrichtungen der etc. durchgeführt w □ Rettungsdienste	r Menschen mit Behinder rambulante Operationen e ete oder stationäre Einrich chtungen izdienste und Palliativvers narztpraxen humanmedizinischer Hers ÖGD, in denen medizir	ungen ntung der sorgung silberufe nische Untersuchungen
Anschrift:			
Telefonnummer:			
, dass die Person Familienname, Vorname:			
Anschrift:			
Geburtsdatum:			
in unserer o.g. Einrichtung/unserem o.g. Unternehmen			
□ tätig werden soll oder tätig oder □ Besucher § 4a Absatz 1 Nummer 5 TestV n.F. ist, den 20			
Unterschrift/Stempel der Einrichtung		Ort	Datum
Hinweis:			

Wer dieses Dokument fälscht oder nachträglich verändert oder das unechte oder verfälschte Dokument gebraucht, handelt strafbar.

Stellt sich nachweislich heraus, dass der Test nicht für den genannten Anlass erfolgte, werden die Kosten hierfür nachträglich erhoben.

Die jeweiligen Testansprüche richten sich nach der TestV und sind in der Übersicht unter https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2021/11/uebersicht-testungen_26-11-2021.pdf vereinfacht dargestellt. Soweit Ansprüche auf PCR-Testung bestehen, können diese aus Abrechnungsgründen grundsätzlich ausschließlich in den lokalen Testzentren des ÖGD wahrgenommen werden.