

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Selbstauskunft nach § 4a Absatz 1 Nummer 6 und 7 der Coronavirus-Testverordnung (TestV)

Hiermit bestätigt die o.g. Person, dass sie heute

- a) eine Veranstaltung in einem Innenraum besuchen wird oder
- b) zu einer Person Kontakt haben wird, die
- das 60. Lebensjahr vollendet hat oder
 - aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken,
- oder
- c) durch die Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten hat

und gemäß dem zuvor angegeben Grund Anspruch auf eine Bürgertestung nach §4a Abs.1 Nr.6 oder 7 hat.

Sie bestätigt die Durchführung der Testung nach §4a der TestV und die Entrichtung der Eigenbeteiligung in Höhe von 3 Euro.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten

Stempel der Praxis