

**Bescheinigung über den Anspruch auf Testung nach § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 TestV
für Mitarbeiter in ambulanten Diensten der Eingliederungshilfe
zur Vorlage bei einem Schnelltestzentrum des Landratsamtes Schweinfurt**

Ausstellende Einrichtung:

Originalstempel der Einrichtung

Die folgende Person soll in unserer Einrichtung i. S. d. § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 TestV tätig werden bzw. ist dort tätig:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Bei unserer Einrichtung handelt es sich um **(Zutreffendes bitte ankreuzen!!!)**

- einen ambulanten Dienst der Eingliederungshilfe [§ 4 Abs. 2 Nr. 4 TestV]

Wir bestätigen hiermit, dass wir für einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 **eine Diagnostik durch Antigen-Test** verlangen und dass außerhalb der TestV kein sonstiger Anspruch auf die genannte Leistung oder auf Erstattung der Aufwendungen für eine entsprechende Leistung besteht (§ 1 Abs. 3 TestV).

[Ort, Datum]

[Unterschrift]

- Diese Bescheinigung ist ab Ausstellung für 2 Monate gültig -

Hinweise:

- **Diese Bescheinigung ist im Original vorzulegen**
- **Der Anspruch auf Testung besteht nur, wenn am Tag der Testung keine COVID-19-typischen Symptome bestehen.**
- **Die zu testende Person hat bei der Testung einen amtlichen Lichtbildausweis (Minderjährige einen Identitätsnachweis) mitzuführen.**