

**Bescheinigung über den Anspruch auf Testung nach § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 TestV  
zur Vorlage bei einem PCR- oder 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. 1 TestV

ab dem \_\_\_\_\_ [Datum der Aufnahme]

behandelt, betreut, gepflegt oder untergebracht werden:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

- ein Krankenhaus [§ 4 Abs. 2 Nr. 1 TestV: § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 IfSG]
- eine Einrichtung für ambulantes Operieren [§ 4 Abs. 2 Nr. 1 TestV: § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 IfSG]
- eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung [§ 4 Abs. 2 Nr. 1 TestV: § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 IfSG]
- eine Dialyseeinrichtung [§ 4 Abs. 2 Nr. 1 TestV: § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 IfSG]
- eine Tagesklinik [§ 4 Abs. 2 Nr. 1 TestV: § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 IfSG]
- einen ambulanten Pflegedienst oder -unternehmen [§ 4 Abs. 2 Nr. 3 TestV: § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 11 und § 36 Abs. 1 Nr. 7 IfSG]
- eine nicht unter § 23 Absatz 5 Satz 1 fallende voll- oder teilstationäre Einrichtung zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbare Einrichtungen [§ 4 Abs. 2 Nr. 2 TestV: § 36 Abs. 1 Nr. 2 IfSG]
- einen ambulanten Pflegedienst oder -unternehmen [§ 4 Abs. 2 Nr. 3 TestV: § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 11 und § 36 Abs. 1 Nr. 7 IfSG]
- einen ambulanten Hospizdienst oder einen Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung [§ 4 Abs. 2 Nr. 3 TestV]
- eine Obdachlosenunterkunft [§ 4 Abs. 2 Nr. 4 TestV: § 36 Abs. 1 Nr. 3 IfSG]

- eine Einrichtung zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern [§ 4 Abs. 2 Nr. 4 TestV: § 36 Abs. 1 Nr. 5 IfSG]
- eine stationäre Einrichtung oder einen ambulanten Dienst der Eingliederungshilfe [§ 4 Abs. 2 Nr. 5 TestV]
- eine Einrichtung der beruflichen Rehabilitation [§ 4 Abs. 2 Nr. 6 TestV: § 51 Abs. 1 SGB IX]

Wir bestätigen hiermit, dass wir für einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 eine Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis, eine variantenspezifische PCR-Testung oder eine Diagnostik durch Antigen-Test verlangen und dass außerhalb der TestV kein sonstiger Anspruch auf die genannten Leistungen oder auf Erstattung der Aufwendungen für entsprechende Leistungen besteht (§ 1 Abs. 3 TestV). Dies gilt insbesondere für Ansprüche auf Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung oder der Krankenhausbehandlung (z. B. § 26 KHG).

\_\_\_\_\_  
[Ort, Datum]

\_\_\_\_\_  
[Unterschrift]

**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.**

Durch das Testzentrum auszufüllen

|  |  |
|--|--|
| 1. Testung durchgeführt<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>[Stempel] | 2. Testung durchgeführt<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>[Stempel] |
|--|--|