



Nachweis zur Bürgertestung

Test ID (wird von der Teststelle ausgefüllt)
--

Ich _____, geboren am _____
Name, Vorname Geb.Datum

bestätige gegenüber der Teststelle Boppel MedicalEngineering, dass ich zu einer Bürgertestung gem. §4a TestV berechtigt bin. Sofern möglich erbringe ich einen geeigneten Nachweis.

PoC-Antigen-Schnelltest nach § 6, Absatz (3), Nr. 4, b) und § 4a

[Gratis Bürgertest]

- Ich bin **Besucher** **Bewohner** **Patient**
- im Krankenhaus Pflegeheim Reha-Einrichtung
- Tagesklinik / ambulantes OP-Zentrum / Dialyse-Zentrum Entbindungseinrichtung
- Obdachlosenunterkunft Gemeinschaftsunterkünfte (Asylbewerber, Ausreisepflichtige, Flüchtlinge und Spätaussiedler)

in _____
Name der Einrichtung

oder ich gehöre einer der folgenden Personengruppen an:

- Leistungsberechtigt, im Rahmen eines [Persönlichen Budgets](#) nach dem § 29 SGB IX
- Pfleger Angehörige im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI
- Personen, bei denen ein Test zur Beendigung der Absonderung erforderlich ist („Freitesten“)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind:

Weil der Stadt, den _____ Datum _____ Unterschrift



Nachweis zur Bürgertestung

Test ID (wird von der Teststelle ausgefüllt)
--

Ich _____, geboren am _____
Name, Vorname Geb.Datum

bestätige gegenüber der Teststelle Boppel MedicalEngineering, dass ich zu einer Bürgertestung gem. §4a TestV berechtigt bin. Sofern möglich erbringe ich einen geeigneten Nachweis.

PoC-Antigen-Schnelltest nach § 6, Absatz (3), Nr. 4, b) und § 4a

[Gratis Bürgertest]

- Ich bin **Besucher** **Bewohner** **Patient**
- im Krankenhaus Pflegeheim Reha-Einrichtung
- Tagesklinik / ambulantes OP-Zentrum / Dialyse-Zentrum Entbindungseinrichtung
- Obdachlosenunterkunft Gemeinschaftsunterkünfte (Asylbewerber, Ausreisepflichtige, Flüchtlinge und Spätaussiedler)

in _____
Name der Einrichtung

oder ich gehöre einer der folgenden Personengruppen an:

- Leistungsberechtigt, im Rahmen eines [Persönlichen Budgets](#) nach dem § 29 SGB IX
- Pfleger Angehörige im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI
- Personen, bei denen ein Test zur Beendigung der Absonderung erforderlich ist („Freitesten“)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind:

Weil der Stadt, den _____ Datum _____ Unterschrift