

# MED

## für Personal im Gesundheitswesen

### Anspruch auf **kostenfreien Bürgertest/PCR-Test**

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

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

Hiermit versichere ich, dass ich der Personengruppe

**“Personal im Gesundheitswesen”**

angehöre und zur Wiederaufnahme meiner Tätigkeit einen **Bürgertest** oder **PCR-Test** benötige!

**Name, Ort der Einrichtung** : \_\_\_\_\_

**zusätzlich Vorlage vom positiven Bürger-/PCR-Test (falls nicht bei uns positiv)**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die o.g. gemachten Angaben korrekt sind und der **Anspruch auf eine kostenfreie Testung nach der TestV besteht.**

Sollte eine Testung aus einem anderen Grund stattfinden oder die Berechtigung entfallen, so werde ich das Testcenter-Nettetal vor einer weiteren Testung informieren.

**Gesundheitspersonal zur Wiederaufnahme der Tätigkeit:  
Bürger- od. PCR-Test darf bei pos. Ergebnis beliebig oft wiederholt werden.  
Zwischen den Testungen müssen mind. 24h liegen.**

\_\_\_\_\_  
Datum & Unterschrift / Date & Signature