

# B

## Anspruch auf **kostenfreien Bürgertest (Schnelltest)**

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

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

Patient od Besucher im Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung

Bewohner od Besucher Altenheim, Pflegeheim

Bewohner od Besucher in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Eingliederungshilfe

Obdachlosenunterkunft, Asylunterkunft, Ausreisepflichtiger

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

Ich besuche (falls zutreffend) : \_\_\_\_\_

Bescheinigung der Einrichtung, falls Anspruch 10 Tage überschreitet - sonst max. 10 Tage

**Pflegedienst-Mitarbeiter** für ältere, behinderte oder pflegebedürftige Personen  
(Bescheinigung Arbeitgeber, Dienstplan, Mitarbeiterausweis oder gleichwertiges)

Ich **pflege privat** folgende Person (Nachweis der Pflegebedürftigkeit der Person vorl.)

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

Beschäftigter od. Leistungsempf. § 29 **Persönliches Budget** SGB IX (Bescheinigung vorl.)

Der Anspruch besteht bis zum \_\_\_\_\_ (z.B. Ende Krankenhausauf.)

Der Anspruch besteht unbefristet

(Achtung: ohne Angabe gilt der Anspruch nur heute)

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.

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