

**Nachweis für die Teststation,  
bitte vor Ort abgeben**



**Erstattungsformular**

Füllen Sie das folgende Formular vollständig aus.

**Allgemeine Angaben zur eigenen Person**

**Vor- und Nachname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Kostenfreier Corona-Schnelltest**

- Kinder unter 5 Jahren, also bis zu ihrem fünften Geburtstag
- Personen, die sich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen können, unter anderem Schwangere im ersten Trimester
- Personen, die zum Zeitpunkt der Testung an klinischen Studien zur Wirksamkeit von Impfstoffen gegen das Coronavirus teilnehmen
- Personen, bei denen ein Test zur Beendigung der Quarantäne erforderlich ist („Freitesten“)
- **Besucher und Behandelte oder Bewohner in unter anderem folgenden Einrichtungen:**  
Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen für ambulante Operationen, Dialysezentren, ambulante Pflege, ambulante Dienste oder stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, ambulante Hospizdienste und Palliativversorgung
- Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach dem § 29 SGB IX Personen beschäftigen, sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines Persönlichen Budgets beschäftigt sind
- Pflegende Angehörige sowie Haushaltsangehörige von nachweislich Infizierten

**Kostenreduzierter Corona-Schnelltest (3 Euro)**

- Personen, die am Tag der Testung eine Veranstaltung in Innenräumen besuchen wollen
- Personen, die am Tag der Testung Kontakt zu Personen haben werden, die ein hohes Risiko haben, schwer an Covid-19 zu erkranken (Das sind Menschen ab 60 Jahren, Menschen mit Behinderung, Menschen mit Vorerkrankungen)
- Personen, die durch die Corona-Warn-App einen Hinweis auf ein erhöhtes Risiko erhalten haben.

**Kostenpflichtiger Corona-Schnelltest (10 Euro)**

- Trifft keine Option zu, sind Sie nach der geltenden Rechtslage nicht anspruchsberechtigt für einen kostenfreien oder kostenreduzierten Corona-Test. Sie müssen die Kosten von 10 Euro selbst tragen.

**Ich bestätige die vorherigen Angaben und versichere die Richtigkeit.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift