

## Erklärungsbogen zur Nutzung von Antigen-Schnelltests

Die kostenlosen Bürgertestungen nach § 4a Coronavirus Testverordnung werden dem Grunde nach zum 1. Juli 2022 nicht mehr angeboten.

Für folgende Ausnahmen ist noch eine Testung ohne Symptome möglich:

1. Kinder unter 5 Jahren
2. Personen, die zum Zeitpunkt der Testung die Impfung aus medizinischen Gründen nicht erhalten können, oder in den letzten 3 Monaten nicht konnten und Schwangere in den ersten 3 Monaten. **Nachweis vorgelegt**
3. Personen, die zum Zeitpunkt der Testung an klinischen Studien zur Wirksamkeit von Impfstoffen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 teilnehmen oder in den letzten drei Monaten vor der Testung an solchen Studien teilgenommen haben
4. Infizierte Personen, die nach der aktuellen Basisschutzmaßnahmen-Verordnung einen negativen Antigen-Schnelltest zur Beendigung der Absonderung benötigen
5. Personen, die in einem Krankenhaus, einer Obdachlosenunterkunft, einer Flüchtlingsunterkunft, einer Pflegeeinrichtung oder einem Pflegeunternehmen arbeiten, jemanden dort besuchen, oder dort behandelt, gepflegt oder betreut werden und die einen negativen Antigen-Schnelltest Nachweis benötigen
6. Personen, die am Testtag noch eine Veranstaltung in Innenräumen besuchen werden, oder am Testtag Kontakt haben zu einer Person ab einem Alter von 60 Jahren oder einer Person mit Vorerkrankung mit einem hohen Risiko schwer an Covid-19 zu erkranken (**es fallen Testkosten von 3 € an**)
7. Personen, die durch die Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten haben (**es fallen Testkosten von 3 € an**)
8. Personen, die ein persönliches Pflegebudget haben und die von ihnen beschäftigten Personen
9. Private Pflegepersonen, die häusliche Pflege durchführen
10. Personen, die mit einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person im selben Haushalt leben. **Nachweis vorgelegt**
11. Personen, bei denen ein positiver Antigen-Schnelltest vorliegt, haben die Möglichkeit einen kostenlosen PCR-Test zu bekommen

**Hiermit bestätige ich, dass bei mir bzw. meinem Kind der oben angegebene Ausnahmegrund vorliegt, und dass ich den Kostenbeitrag im Fall von (Nr. 6 oder 7) übernehme.**

Name in

Druckschrift: \_\_\_\_\_

Datum,

Unterschrift \_\_\_\_\_

Geprüft,

Mitarbeiter:in \_\_\_\_\_