



Hiermit wird bestätigt, dass

Frau / Herr \_\_\_\_\_  
Vorname Nachname

erklärt hat, eine bei uns betreute und untergebrachte pflegebedürftige oder in Behandlung befindliche Person zu besuchen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Ort Datum

Hiermit bestätige ich,

Frau / Herr \_\_\_\_\_  
Vorname Nachname

den Corona Antigen-Schnelltest aus einer der folgenden Gründe durchführen zu lassen. # \_\_\_\_\_

Kostenpflichtig (3€)

1. vor Risikoexposition: Das gilt zum Beispiel vor Besuchen von Innenraumveranstaltungen, Konzerten, Theaterbesuchen etc. (3€)
2. dass meine Corona-Warn-App eine rote Kachel zeigt (3€)

Kostenfrei (0€)

3. Kinder unter 5 Jahren, also bis zu ihrem fünften Geburtstag
4. Personen, die sich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen können, unter anderem Schwangere im ersten Trimester
5. Personen, die zum Zeitpunkt der Testung an klinischen Studien zur Wirksamkeit von Impfstoffen gegen das Coronavirus teilnehmen
6. Personen, bei denen ein Test zur Beendigung der Quarantäne erforderlich ist („Freitesten“)
7. Besucher und Behandelte oder Bewohner in unter anderem folgenden Einrichtungen:
  - a. Krankenhäuser
  - b. Rehabilitationseinrichtungen
  - c. stationäre Pflegeeinrichtungen
  - d. Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen
  - e. Einrichtungen für ambulante Operationen
  - f. Dialysezentren
  - g. ambulante Pflege
  - h. ambulante Dienste oder stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe
  - i. Tageskliniken
  - j. Entbindungseinrichtungen
  - k. ambulante Hospizdienste und Palliativversorgung
8. 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
9. Pflegende Angehörige
10. Haushaltsangehörige von nachweislich Infizierten

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Ort Datum