

**Selbstauskunft/Nachweis nach § 6 Abs. 3 Nr. 4 und 5 TestV zur Inanspruchnahme von Testungen nach § 4a TestV**

Nachweis der Identität

- Personalausweis
- Reisepass

Ausweisnummer

Hiermit versichere ich,

Vor-(Ruf-) und Familienname

geboren am

in

wohnhaft in

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

dass ich zu folgender Personengruppe gehöre:

- Personen, die zum Zeitpunkt der Testung das fünfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben (§ 4a Absatz 1 Nr. 1 TestV)\*  
Name und Geburtsdatum des Kindes
- Personen, die nicht gegen das Coronavirus geimpft werden können oder in den letzten drei Monaten nicht geimpft werden konnten (aus medizinischen Gründen oder wegen Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel) nach § 4a Absatz 1 Nr. 2 TestV\*
- Teilnehmer von Impfwirksamkeitsstudien nach § 4a Abs. 1 Nr. 3 TestV\*
- Besucher und Bewohner vulnerabler Einrichtungen, z.B. Krankenhäuser, Altenheime und Pflegeeinrichtungen nach § 4a Absatz 1 Nr. 5 TestV  
Name u. Anschrift der Einrichtung:
- Personen, die an dem Tag, an dem die Testung erfolgt nach § 4a Absatz 1 Nr. 6 TestV\*,  
 eine Veranstaltung in einem Innenraum besuchen werden **oder**  
 zu einer Person Kontakt haben werden, die  
 das 60. Lebensjahr vollendet hat **oder**  
 aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist, schwer an COVID-19 zu erkranken

**(Eigenbeteiligung i. H. v. 3,00 Euro, siehe § 4a Abs. 2 TestV)\*\***

- Personen, die durch die Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten haben nach § 4a Absatz 1 Nr. 7 TestV\*

**(Eigenbeteiligung i. H. v. 3,00 Euro, siehe § 4a Abs. 2 TestV)\*\***

\*Angaben durch entsprechende Dokumente wurden belegt (z.B. amtlicher Lichtbildausweis, ärztliches Attest, Mutter-pass, positiver Test, Eintrittskarte, Corona-Warn-App, Testergebnis und Nachweis des Wohnortes).

- Menschen mit Behinderung, die Unterstützung über das persönliche Budget erhalten (§ 29 SGB IX) sowie deren Assistenzkräfte nach § 4a Absatz 1 Nr. 8 TestV  
Ggf. Name der unterstützten Person:
- Pflegende Angehörige und weitere Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI nach § 4a Absatz 1 Nr. 9 TestV  
Name der zu pflegenden Person:
- Personen, die mit einer mit dem Coronavirus infizierten Person in demselben Haushalt leben nach § 4a Absatz 1 Nr. 10 TestV\*

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Testperson bzw.  
des/der Erziehungsberechtigten

**Durch die Teststelle auszufüllen:**

ÖGD-ID (soweit vorhanden)	90403000085
dazugehörige Adresse (Straße, Hausnummer)	Glogauer Str. 30-38
dazugehörige Postleitzahl	90473
dazugehöriger Ort	Nürnberg

- Die o. g. Eigenbeteiligung wurde entrichtet (siehe oben)

Die durch die Testperson vorgenommenen personenbezogenen Angaben wurden seitens der Teststelle auf Richtigkeit überprüft.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Testenden

\*Angaben durch entsprechende Dokumente zu belegen (z.B. amtlicher Lichtbildausweis, ärztliches Attest, Mutterpass, positiver Test, Eintrittskarte, Corona-Warn-App, Testergebnis und Nachweis des Wohnortes).

\*\*Testungen mit Eigenbeteiligung sind nicht in lokalen Testzentren der Kreisverwaltungsbehörden möglich!