



Falken Apotheke
Dr. Michael Wilhelm
Münchener Straße 38
85737 Ismaning

Tel: 089 / 96 200 412
Fax: 089 / 96 200 413
E-Mail: info@falken-apotheke-ismaning.de

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

Hiermit versichere ich,

Vor-(Ruf-) und Familienname

geboren am _____ in _____

wohnhaft in _____
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

dass ich zu folgender Personengruppe gehöre:

- Nach § 4a Absatz 1 Nr. 1 TestV: Personen, die zum Zeitpunkt der Testung das fünfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben*
Name und Geburtsdatum des Kindes _____
- Nach § 4a Absatz 1 Nr. 2 TestV: 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 Abs. 1 Nr. 3 TestV: Teilnehmer von Impfwirksamkeitsstudien*
- Nach § 4a Absatz 1 Nr. 4 TestV: Isolierte Personen zur Beendigung der Quarantäne*
- Nach § 4a Absatz 1 Nr. 5 TestV: Besucher und Behandelte oder Bewohner in folgenden Einrichtungen, z.B. Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen für ambulante Operationen, Dialysezentren, ambulante Pflege, ambulante Dienste oder stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Tageskliniken, Entbindungskliniken, ambulante Hospizdienste und Palliativversorgung
Name u. Anschrift der Einrichtung:

- Nach § 4a Absatz 1 Nr. 8 TestV: Menschen mit Behinderung, die Unterstützung über das persönliche Budget erhalten (§ 29 SGB IX) sowie deren Assistenzkräfte
ggf. Name der unterstützten Person:

- Nach § 4a Absatz 1 Nr. 9 TestV: Pflegende Angehörige und weitere Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI Name der zu pflegenden Person:

- Nach § 4a Absatz 1 Nr. 10 TestV: Personen, die mit einer mit dem Coronavirus infizierten Person in demselben Haushalt leben* (**Nachweis PCR Testergebnis**)

Ort, Datum

Unterschrift der Testperson bzw.
des/der Erziehungsberechtigten

Testzentrum: Falken Apotheke, Dr. Michael Wilhelm, Münchener Str. 38, 85737 Ismaning

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

Ort, Datum

Unterschrift der/des Testenden